ÍNDICE

Apresentação da OSS: Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus	0005
Titulo, justificativa, caracterização da unidade	0034
FA. 1 - ÁREA DE ATIVIDADE	0037
Implantação de fluxos individualizada ao perfil da unidade de saúde (A forma de apresentação será considerada levando-se em conta a clareza e entendimento do fluxo)	0038
Fluxos operacionais compreendendo a circulação em áreas restritivas, externas e internas	0040
Fluxo unidirecional para materiais esterilizados/roupas	0049
Fluxo unidirecional de Resíduo de saúde	0082
Implantação da Logística de Suprimentos	0116
Implantação da gestão: Proposta para Regimento Interno da Unidade	0146
Implantação da gestão: Proposta para regimento itnerno do serviço multiprofissional	0162
Implantação da gestão: Proposta de Projeto de Tecnologia da Informação com vista ao controle gerencial da Unidade e melhoria do atendimento ao usuário	0187
Implantação da gestão: Proposta para Regimento do Corpo Clínico	0191
Implantação de processos: Proposta de Manual de Protocolos Assistenciais	0204
Implantação de processos: Proposta de Manual de rotinas para a administração financeira e gestão de custos.	0219
Incremento das atividades: Proposição de projetos assistenciais de saúde e/ou sociais dentro do custeio previsto para a unidade	0270
FA. 2 - ÁREA DA QUALIDADE	0280
Comissão médica	0281
Comissão de ética de enfermagem	0293
Comissão de biossegurança	0311
Comissão de infecção hospitalar	0319
Comissão de análise e revisão de prontuários	0333
Comissão de verificação de óbitos	0342
Comissão Interna de Prevenção de Acidentes – CIPA	0350
Serviço Especializado em Engenharia e Segurança em Medicina do trabalho (SESMT)	0364
Comissão de documentação médica e estatística	0391
Comissão de Ética em Pesquisa (CEP)	0399
Equipe Multiprofissional de terapia nutricional (EMTN)	0419
Comissão de Proteção Radiológica	0432
Comissão de Resíduos de Serviço de Saúde	0441
Comitê Transfusional	0450

Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente (NQSP)	0458
Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar	0467
Comissão Interna de Qualidade	0477
Comissão de Prevenção e Cuidados com Integridade da Pele	0484
Comitê de Gerenciamento dos Pacientes com Risco para Longa Permanência Hospitalar	0494
Núcleo Interno de Regulação	503
Comissão de Acidentes com Material Biológico (CAMB)	0524
Comissão de Farmácia e Terapêutica	0532
Comitê de Compliance	0540
Outras Comissões	0563
Projeto de Educação Permanente individualizada para o estabelecimento de saúde	0590
Fluxo de Manutenção Preventiva e corretiva de equipamentos para a unidade de saúde	0604
Possuir parceria com instituições de ensino, ou suas próprias para desenvolvimento de projetos de pesquisa na área da assistência hospitalar e/ou de saúde pública em concordância com o Plano Estadual de Saúde Vigente	0701
Projeto de hospital de ensino para a unidade	0836
Manual com indicação das formas de notificação, recepção, orientação social e apoio psicossocial aosusuários e acompanhantes na emergência conforme Classificação de Risco.	0848
Proposta e metodologia e instrução com definição de horários, critérios e medidas e controle de risco para as visitas aos usuários	0867
Proposta de implantação de orientações quanto às formas de acomodação e conduta para os acompanhantes, Proposta de formas de acomodação e conduta para os acompanhantes, com ênfase aos de usuários idosos, crianças, adolescentes e portadores de necessidades especiais conforme previsão da legislação vigente	0873
Proposta de desenvolvimento das ações da ouvidoria cinulada a SES, com pesquisa de satisfação	0880
FA. 3 – QUALIDADE TÉCNICA	0896
Experiência anterior em gestão hospitalar da proponente: Experiência da Organização da Sociedade Civil – OSC na gestão de Hospitais por quantidade igual ou superior a 200 leitos	0897
Experiência anterior em gestão hospitalar da proponente: Experiência da Organização da Sociedade Civil – OSC na gestão de Hospitais por quantidade igual ou superior a 100 leitos e inferior a 200 leitos	0914
Experiência anterior em gestão hospitalar da proponente: Experiência da Organização da Sociedade Civil – OSC na gestão de Hospitais por quantidade igual ou superior a 50 leitos e inferior a 100 leitos	0952
Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social (CEBAS) ativo e regular na área da saúde, com proposta de aplicação de recurso na unidade hospitalar, com anuência posterior da SES/GO	1036
Certificado de acreditação – ONA, Joint Comission International, Qmentum da Canadá Accreditation International obtidos pela unidade Hospitalar durante a gestão da OSC proponente	1041
Apresentação do organograma da unidade com definição das competências de cada membro do corpo diretivo	1045

Titulação de especialistas em administração hospitalar e/ou gestão em saúde dos membros da diretoria e gerência que atuarão na unidade, com documento comprobatório de interesse do titular (cada profissional poderá obter no máximo 0,5 ponto)	1152
Experiência mínima de 1 ano no gerenciamento (direção) de Unidade Hospitalar da diretoria ou gerência que atuará na unidade com documento comprobatório do interesse do titular (cada Diretor ou gerente poderá obter no máximo 0,5 ponto)	1174
Apresentação de quadro de pessoal médico por área de atenção compatível com as atividades propostas no plano de trabalho.	1193
Protocolos de enfermagem (rotinas por nível de qualificação dos profissionais) nas áreas de ambulatório e urgência	1196
Protocolos assistenciais de atenção médica e rotinas operacionais para os serviços de maior complexidade na medicina como nas emergências e unidades de terapia intensiva de adulto	1152
Protocolos assistenciais de atenção médica e rotinas operacionais para os ambulatórios, hospital dia e enfermarias, destaques para os plantões e sobreavisos.	1479
Proposta para convênio de cooperação técnica com entidades de ensino para desenvolvimento de estágio curriculares, treinamentos em serviços, residências e estágios	1596
Apresentação de título stricto sensu na área de gestão em saúde dos indicados para a gestão da unidade, com documento comprobatório de interesse do titular	1594
Protocolos de enfermagem (rotinas por nível de qualificação dos profissionais) nas áreas de internação/enfermarias, UTI, CME e bloco cirúrgico.	1603
Instrução para o funcionamento do serviço social com especificação de estrutura, normas e rotinas, definidas as áreas de abrangência, horário e equipe mínima	1979
Instrução para o funcionamento da equipe multiprofissional com especificação de normas e rotinas, área de abrangência, horário e equipe mínima.	1993
Normas para o funcionamento do serviço de Administração Geral com especificação de estrutura, normas e rotinas, horário e equipe mínima	2003
Apresentação da padronização de medicamentos e materiais médicos hospitalares	2011
Apresentação de critérios para a contratação de terceiros para os serviços de limpeza, vigia/vigilância e manutenção predial	2043
Apresentação de projeto de desenvolvimento humano com pesquisa periódica de clima organizacional e definição de uso das informações.	2056
Apresentação de plano de cargos e salários	2094
Proposta para estabelecimento de Normas para Seleção de Pessoal, Contrato de Trabalho e Avaliação de Desempenho, sugestão de condutas para combater absenteísmo dos profissionais e estimular produção	2137
Registro e controle de pessoal e modelo para escalas de trabalho e apresentação de critérios para casos de afastamentos (férias e licenças)	2231
PROPOSTA FINANCEIRA	2245

ENVELOPE 1: PROPOSTA DE TRABALHO

Á SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE-SES/GO

CHAMAMENTO PÚBLICO - N° 004/2023

HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS

RUA DIRCEU DE ANDRADE N ° 33 SÃO MATEUS

JUIZ DE FORA/ MG, CEP: 36025-140

CNPJ: 21.583.042/0001-72/ TEL: (32) 4009-2367

EMAIL: MARIANABARBOSA@HMTJ.ORG.BR

CARLAMACHADO@HMTJ.ORG.BR

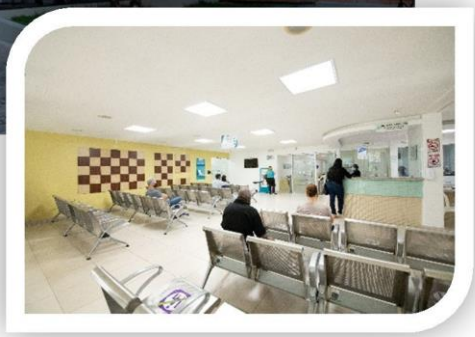
HMTJ

ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE

HOSPITAL MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS







APRESENTAÇÃO DA PROPONENTE ORGANIZAÇÃO SOCIAL HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS (HMTJ)

- **Histórico:**

A história ***desta Organização Social de Saúde*** Hospital Maternidade Therezinha de Jesus – HMTJ inicia-se em ***1° de dezembro de 1926***, data de sua fundação na cidade de Juiz de Fora, por iniciativa dos médicos José Dirceu de Andrade, Navantino Alves e Renato de Andrade Santos. A partir de então, grandes foram as conquistas que esta renomada instituição alcançou, e que a tornaram referência em atendimento médico no âmbito nacional.

Quando de sua fundação, o HMTJ, então Maternidade Therezinha de Jesus, localizava-se em um prédio na Avenida Quinze de Novembro, atual Getúlio Vargas. Ali ocorreu o primeiro nascimento, um bebê do sexo feminino, batizado como Therezinha de Jesus. Este foi o primeiro dos mais de 150 mil juiz-foranos que ali nasceram, e que contabilizam quase um terço da população do município. Em 1931, com recursos doados pelo Governo do Estado de Minas Gerais, a instituição passou a funcionar na Rua São Mateus, onde 81.410 nascimentos foram registrados.

No ano de 1978, a instituição transfere sua sede para a atual localização, à rua Dr. Dirceu de Andrade, no número 33, do bairro São Mateus, em terreno próprio de 12.700m².



Um novo alicerce para o HMTJ:

Em 15 de setembro de **2005**, a Maternidade Therezinha de Jesus firma um convênio de co-gestão com grupo diretivo especialista, e torna- se Hospital Geral, assumindo o atual nome de Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus e passando a prestar assistência à saúde, em âmbito geral, em diversas especialidades, além de fomentar o ensino e a pesquisa aos futuros profissionais de saúde.

Implementado o processo de gestão, o HMTJ foi completamente reformado, e tornou-se maior, mais confortável e mais seguro para seus usuários. Ampliou em cinco mil m² sua área construída, atualmente contando com 12 mil m². Nos anos seguintes, foram ampliados os leitos disponibilizados de 60 para 160, dentre os quais 20 destinam-se à UTI Adulto, 8 à UTI Neonatal e 2 à UTI Pediátrica.

Nesta época foram absorvidos novos 350 funcionários, que hoje totalizam mais de 600 colaboradores. Contando com 290 leitos ativos, o Hospital destina 100% de seus leitos ao Sistema Único de Saúde. Possui
50 leitos de UTI Tipo II: 40 Adultos, 08 Neonatais e 02 Pediátricos, cadastrados junto ao Ministério da Saúde através da Portaria MS/GM nº 2.283, de 10 de outubro de 2008, conta ainda com 8 salas de cirurgia e 42 consultórios para atendimento aos usuários do SUS.

<u>Novos serviços também passaram a ser oferecidos, entre eles:</u>

- ✓ Centro de Fisioterapia
- ✓ Centro de Parto Normal
- ✓ Clínica de Odontologia com 30 consultórios
- ✓ Ambulatório, com 42 consultórios e mais de 40 especialidades.
- ✓ Atendimento médico hospitalar nas áreas básicas da saúde, realizado por médicos contratados e médicos residentes (Clínica médica, Cirurgia Geral, Pediatria, Gastroenterologia, Endocrinologia, ortopedia e Traumatologia, Neonatologia, Obstetrícia e Ginecologia e Saúde da Família e multiprofissional – enfermagem, farmácia, fisioterapia e odontologia).

<u>Serviços Auxiliares de Diagnóstico e Tratamento:</u>

- ✓ Hemodiálise
- ✓ Hemodinâmica
- ✓ Ultrassonografia
- ✓ Endoscopia Digestiva

- ✓ Raios-X convencional e com Fluoroscopia
- ✓ Tomografia Computadorizada
- ✓ Laboratório de análises clínicas e patológicas

Em 12 de maio de **2011**, foi firmada, ainda, nova contratualização com a Prefeitura de Juiz de Fora, que viabilizou a ampliação da gama de serviços prestados, tais como: internações, cirurgias, consultas e exames. Como resultado, houve significativa diminuição da demanda reprimida de atendimento aos pacientes do SUS no município de Juiz de Fora, micro emacrorregião.

Em dezembro do mesmo ano, por meio de convênio com a Secretaria Estadual de Saúde e Prefeitura de Juiz de Fora, o Hospital tornou-se pioneiro no Estado de Minas Gerais no **atendimento 100% SUS**, focando toda sua assistência no atendimento à população que necessita da atenção pública. A divulgação à população de Juiz de Fora e região deu-se por meio de uma ampla campanha informativa intitulada: ***Hospital 100% SUS, aqui você é particular.***

Ainda em **2011**, por meio da ***Portaria Interministerial n°1.120***, o HMTJ foi certificado como **Hospital de Ensino**. Esta dupla certificação, emitida pelos Ministérios da Saúde e da Educação, é fruto de árduo trabalho por parte da equipe gestora do Hospital Maternidade Therezinha de Jesus e em muito engrandece a instituição, que recebeu o conceito máximo.

A Organização Social de Saúde Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus (OSS HMTJ) é uma entidade sem fins lucrativos, cujo trabalho é de gestão e execução de atividades e serviços de saúde de unidades públicas, com metas e tipo de assistência voltada para o atendimento exclusivo de pacientes do Sistema Único de Saúde (SUS)

Ampliando horizontes gerenciais para melhoria continua da saúdepública

As evoluções não pararam por aí. A possibilidade de utilizar toda esta expertise gerencial para melhoria continua da saúde para população foi ampliada em contratos/convênios de gestão em parceria com gestores públicos visando otimizar recursos para ofertar melhores serviços.

A gestão é estabelecida por meio de contrato com as secretarias de Saúde e o objetivo da OSS HMTJ é trabalhar em colaboração com o poder público para ampliar a oferta de um atendimento humanizado e de qualidade, desenvolvido com técnicas de gestão inovadoras, fazendo com que o cidadão usuário do SUS seja atendido em unidades públicas comparáveis aos grandes centros privados.

Desde o início do trabalho em todas as unidades são implementados os conceitos que norteiam o grupo: busca contínua pelo aprimoramento da qualidade dos processos de trabalho; acreditação das unidades geridas; valorização dos colaboradores e compromisso com a oferta da melhor assistência em saúde à população usuária do SUS, associada à otimização dos recursos disponíveis.

A OSS desenvolve soluções criativas e de melhor qualidade sendo estas implantadas com agilidade e agregando valor aos recursos públicos.

Os tempos atuais mostram que nunca foi tão oportuno debater o tema das parcerias para o desenvolvimento no Brasil. As esferas de governo encontram-se, hoje, bem alinhadas em torno desse assunto, havendo um forte consenso por parte dos poderes públicos estaduais, municipais e da União quanto à necessidade de articulação com a iniciativa privada para a requalificação da infraestrutura e para o provimento de serviços públicos no país.

Medidas recentes adotadas no âmbito do Governo Federal, especialmente, vêm reforçar a importância que o assunto alcançou na pauta política do Brasil, sinalizando a forte preocupação com a criação de um ambiente de negócios públicos propício ao ingresso de novos investimentos e à retomada do desenvolvimento econômico.

O País precisa inverter esta condição no curto prazo, mas as restrições de natureza fiscal e orçamentária existentes, que exigem a redução das despesas não obrigatórias, e simultaneamente a dificuldade ou mesmo impossibilidade de recorrer a novas fontes (aumento da carga tributária), inviabilizam que o setor público possa, através da contratação pública tradicional de obra, recuperar, pelo menos nos próximos anos, o atraso e déficit existentes.

Considerando a necessidade de recursos financeiros destinados a alavancar os investimentos de longo prazo, relacionados com a redução da pobreza e da desigualdade, para melhorar as condições de

infraestrutura no país, e com o entendimento de que as Alianças Público- Privadas são instrumentos importantes para a implantação de políticas públicas, analisamos o contexto e mecanismos para a promoção do desenvolvimento com a parceria do setor privado.

NOSSA MISSÃO:

Prestar assistência à saúde com excelência, oferecendo soluções inteligentes de gestão em unidades médico-hospitalares.

VALORES E POLÍTIAS:

- **ÉTICA:**

  Agir com integridade, honestidade moral e intelectual e com respeito à legislação vigente sobre todos os aspectos;

- **QUALIDADE**

  Alcançar resultados consistentes gerando valor para as partes interessadas;

- **HUMANIZAÇÃO**

  Trabalhar com respeito, equidade, integralidade, dignidade de forma universal;

- **INOVAÇÃO**

  Buscar continuamente tecnologias e métodos de trabalhos inovadores;

- **SUSTENTABILIDADE**

  Agir de maneira socialmente justa, economicamente viável, culturalmente aceita e alinhando as ações com os objetivos de desenvolvimento da instituição.

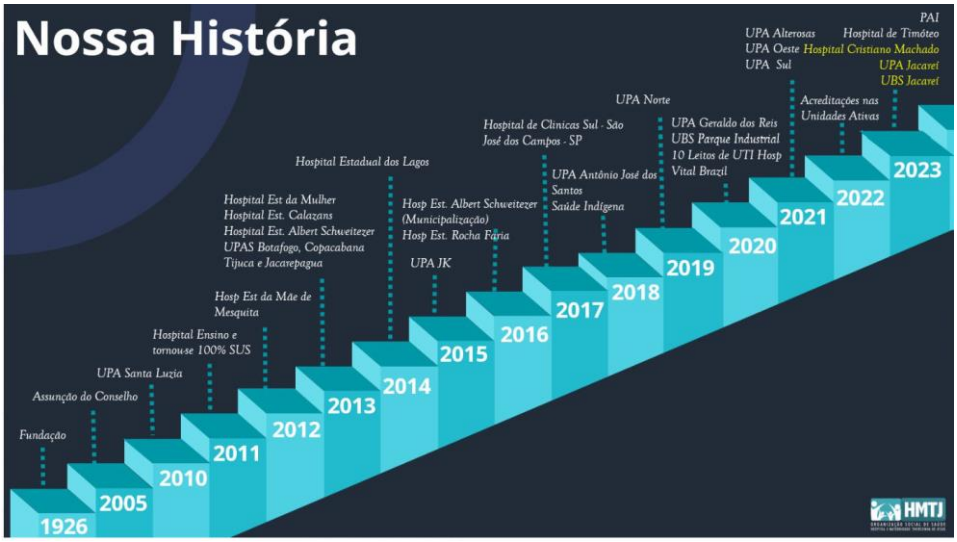
- **TRANSPARÊNCIA**

  Fazer uso correto e responsável da aplicação dos recursos à Saúde e prestar conta deste ato aos órgãos responsáveis e à sociedade.

- **Unidades Gerenciadas:**

A Organização Social de Saúde Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus (OSSHMTJ) é uma entidade sem fins lucrativos, cujo trabalho é de gestão e execução de atividades e serviços de saúde de unidades públicas, com metas e tipo de assistência voltada para o atendimento exclusivo de pacientes do Sistema Único de Saúde (SUS).

A gestão é estabelecida por meio de contrato/convênio com os entes públicos de saúde, e o objetivo da OSS HMTJ é trabalhar em colaboração com o poder público para ampliar a oferta de um atendimento humanizado e de qualidade, desenvolvido com técnicas de gestão inovadoras, fazendo com que o cidadão usuário do SUS seja atendido emunidades públicas comparáveis aos grandes centros privados.



Desde janeiro de **2010**, o HMTJ assumiu a administração da ***Unidade de Pronto Atendimento – UPA do bairro Santa Luzia***. A Unidade realiza procedimentos de **baixa e média complexidade**, com ênfase no atendimento de urgência e emergência em Clínica Médica e Pediatria. Também realiza **pequenos procedimentos cirúrgicos de urgência,** tais como suturas e drenagem de abscessos, entre outros. Disponibiliza a atendimentos de urgência 24 horas por dia, ininterruptamente, onde são realizados cerca de **7.315 atendimentos/mês.**



Ao HMTJ foi concedido, em ***30 de março de 2012***, e publicado no Diário Oficial n°061 do Estado do Rio de Janeiro, a qualificação como Organização Social de Saúde, com área de atuação em Maternidade e UPA 24 Horas. Com isto foi possível gerenciar unidades públicas no Estado.

O trabalho do HMTJ teve início no estado do Rio de Janeiro com a inauguração do Hospital Estadual da Mãe de Mesquita, em 14 de junho de 2012, unidade voltada para o acompanhamento completo de gestantes de baixa e média complexidade - do pré natal ao parto e puerpério. Realizando aproximadamente 7.611consultas ambulatoriais/mês, 845 internações/mês, 187 cirurgias/mês e 608 partos/mês.

nes, 187 cirurgias/mês e 608 partos/mês.



O número de consultas, exames e partos realizados em seu primeiro ano de funcionamento comprovam não só a eficiência do trabalho realizado, mas também a importância do hospital à população. A unidade se torna a principal referência em maternidade para gestantes de risco habitual da Baixada Fluminense.

A partir de janeiro de **2013**, a OSS HMTJ assumiu a gestão de outras unidades de saúde. São elas: **Hospital Estadual da Mulher Heloneida Studart,** unidade é referência principal em Maternidade de Alta Complexidade, possuindo 139 leitos com diferencial deLeitos de UTI Materna e UTI/UI NEO**,** o qual realizava cerca de 4.439consultas ambulatoriais/mês, 674 internações/mês,145 cirurgias/mês e 449 partos/mês.



Também neste ano, a HMTJ assumiu a gestão do **Hospital Estadual Vereador Melchiades Calazans,** sendo o único Hospital Estadual a possuir um CTQ (Centro de Tratamento de Queimado), além das demais especialidades clinicas e cirúrgicas. Realizandoaproximadamente 1.560 consultas ambulatoriais/mês, 491 internações/mês, 210 cirurgias/mês e 147 partos/mês.

Hospital Estadual Vereador MelchiadesCalazans – Nilópolis/RJ



Desafio ainda maior foi encontrado na gestão do **Hospital Albert Schweitzer,** unidade contava com cerca de 500 Leitos, sendo distribuídos entre as mais diversas especialidades, incluindo 54 leitos de maternidade, 70 de UTI adulto e 30 leitos de UTI NEO, sendo a principal referência de atendimentos de Urgência e Emergência da região oeste do RJ, o qual realizava cerca de 975 consultas ambulatoriais/mês, 1.354 internações/mês, 508 cirurgias/mês e 258 partos/mês.



As **Unidades de Pronto-Atendimento (UPAs) de Botafogo, Copacabana, Tijuca e Jacarepaguá,** também tiveram inicio de suas atividades sob a gestão da HMTJ em 2013, apresentando melhoras significativas em seus resultados. O número de atendimentos/mês realizados em cada uma foi de aproximadamente 11.938, 9.255, 12.702e 11.900.



A Organização Social Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus, em julho de 2014, assumiu a administração do Hospital Estadual da Região doa Lagos Nossa Senhora de Nazaré (HELagos). A unidade conta com atendimento ambulatorial nas especialidades de cirurgia geral, ortopedia, ginecologia e ortopedia, além de maternidade para atendimento a gestante e bebê de alto risco. Realizando aproximadamente 366 consultas ambulatoriais/mês, 362 internações/mês, 158 cirurgias/mês e 137 partos/mês.



Em agosto de **2015**, foi inaugurada **UPA JK** no ***município de Contagem/MG***, sendo administrada desde então, pelo HMTJ. A UPA JK tem como foco o atendimento de urgência e emergência, nas especialidades de clínica médica e cirúrgica, ortopedia e pediatria, funciona 24 horas por dia, 7 dias por semana. Um diferencial é que a unidade é a primeira do município a contar com serviço de emergência odontológica, disponível de segunda a sexta-feira, das 19h às 7h, e 24 horas nos fins de semana e feriados. A referida unidade realizou em média, 13.025 atendimentos/mês.



Ocorreu durante a gestão da HMTJ em **2016,** processo de municipalização do **Hospital Estadual Albert Schweitzer e Hospital Estadual Rocha Faria,** ambos na zona oeste do RJ. Como a HMTJ já era gestora da primeira unidade, desempenhando de forma muito satisfatória, foi convidada a assumir a gestão também do **Hospital Rocha Faria** em caráter emergencial.



Em dezembro de **2017**, o HMTJ assumiu a gestão do **Hospital de Clínicas Sul (HCS)**, em ***São José dos Campos/SP***. O HCS é a segunda maior unidade hospitalar pública do município e realiza, em média,
19.189 atendimentos por mês. É um hospital associado a Unidade de Pronto Atendimento, que conta assistência adulta, pediátrica, ortopédica e cirúrgica de baixa complexidade. Em **2019** houve a renovação contratual com ampliação dos serviços através da criação do ambulatóriode especialidades e gestão do laboratório municipal.



Já em 20 de agosto de **2018** o HMTJ assumiu a gestão da **Unidade de Pronto Atendimento UPA ANTÔNIO JOSE DOS SANTOS** no município de ***Nova Serrana/MG***, após vencer o chamamento público para administração e operacionalização da unidade e firmar contrato com a Secretaria Municipal de Saúde. São realizados aproximadamente 10.100 atendimentos/mês, sendo hoje a segunda UPA do estado de MG certificada **ONA Nível 1**.



Novos desafios foram assumidos pela HMTJ, quando em março de **2018 foi aberto edital de Chamamento Público para celebração de convênios com Organizações Sociais** para prestação de serviços complementares na área de atenção à saúde, visando o atendimento dos objetivos específicos estabelecidos pela Secretaria Especial de Saúde Indígena – SESAI.

Em outubro deste mesmo ano, após conclusão do processo de seleção, celebrou a assinatura de 4(quatro) convênios e iniciou a gestão dos mesmos. Sendo eles:

- DESEI Tapajós (Pará)
- DESEI Alto Rio Juruá (Acre)
- DESEI Porto Velho (Rondônia)
- CASAI Brasília

SAÚDE INDÍGENA

Em fevereiro de **2019**, após vencer o chamamento público para administração e operacionalização da unidade **UPA Norte na Cidade de Betim**, a OSS HMTJ iniciou o processo de adequação física, onde ao final destea Unidade teve seu funcionamento iniciado em **9 de junho** com cerca de 13.500 atendimentos por mês, sendo 16 leitos adultos, 16 pediátricos e 7 de urgência (5 adultos e 2 pediátricos). Possui também 7 consultórios médicos, separando o atendimento de pediatria do atendimento adulto, com um fluxo específico.



Betim/MG

Com muita satisfação, noticiamos, que no dia 20 de dezembro de 2019 após homologação e assinatura do termo de parceria, a Organização Social de Saúde Hospital Maternidade Therezinha de Jesus foi apresentada como vencedora do chamamento público nº 002/2019 para ser gestora responsável da **Unidade de Pronto Atendimento Geraldo dos Reis Ribeiro**, localizada no Bairro Primavera, no município de Timóteo – MG.

Aberta para o público no dia 27 de janeiro de 2020, a unidade conta com 3 leitos de urgência, 3 leitos de observação adulto feminino, 3 leitos de observação adulto masculino e 3 leitos de pediatria, 2 leitos de isolamento além de 1 sala para classificação de risco, 1 sala para atendimento da assistente social e 4 consultórios. A Unidade foi a Primeira UPA do estado de MG certificada **ONA Nível 1**.

UPA 24 –
Timóteo/MG



Em 04 de maio de 2020, através da celebração de convênio emergencial para gerenciamento e execução de ações e serviços de saúde por um período inicial de 180 dias com a Secretaria Municipal de Saúde visando à implantação urgente de medidas de prevenção, controle e contenção de risco, danos e agravos gerados pelo Novo Coronavírus. A UBS Parque Industrial é uma das maiores unidades do município e realiza, em média, 1.940 atendimentos por mês.



O Hospital e Maternidade Terezinha de Jesus, inaugurou no dia 24 de julho de 2020, 10 leitos de UTI adulto no Hospital Vital Brazil em Timóteo/MG. Em parceria com a Prefeitura Municipal de Timóteo que obteve a assinatura de contrato no dia 07 de julho de 2020, o HMTJ gerenciou os leitos para pacientes com COVID19.

Em apenas 17 dias, toda a estrutura, compras de equipamentos e medicamentos, contratação de pessoal, fluxos internos entre outros processos foram realizados para atender com muita qualidade e humanização os pacientes com COVID-19.

A unidade atendeu pacientes confirmados e/ou suspeitos com o novo corona vírus 24 horas, 7 dias por semana, por uma equipe composta de
15 médicos plantonistas nas diversas especialidades médicas como infectologista, nefrologista, cirurgia geral, dentre outros, além de cerca de 40 profissionais como enfermeiros, técnico de enfermagem, farmacêutico, técnico em farmácia e profissionais da área administrativa.A gestão dos 10 Leitos de UTI foi finalizada no dia 05/01/21



Em dezembro de 2021, o HMTJ assumiu a gestão da Unidade UPA São Pedro na cidade de Juiz de Fora, inaugurada em 27 de maio de 2010, com o intuito de prestar serviços de urgência principalmente à região de São Pedro, a unidade presta hoje atendimento a moradores de 125 bairros e de 20 cidade do entorno.

Ela, assim como as outras Unidades de Pronto Atendimento, é dotada de modernos equipamentos, funcionando como estrutura de complexidade intermediária entre as unidades básicas de saúde e as

portas de urgência hospitalares, com acolhimento e classificação de risco, conhecido como "Protocolo de Manchester", em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências.

A unidade realiza procedimentos de baixa e média complexidade, com ênfase no atendimento de urgência e emergência em Clínica Médica e Pediatria. Equipada com 15 leitos, sendo três centros de tratamento intensivo - CTI (setor vermelho) e 12 para pacientes classificados como laranja (estado de saúde grave), a UPA Oeste conta com a dedicação demais de cem funcionários.



Em 2022 o HMTJ foi declarado vencedor em três diferentes editais de licitação, sendo um o Hospital Cristiano Machado na cidade de Sabará, hospital este do estado de MG, e 2 unidades na Cidade de Jacareí/SP, sendo 1 Unidade de pronto Atendimento, e uma Unidade Básica de Saúde.



Políticas da Qualidade:

As constantes e rápidas mudanças tecnológicas, econômicas, sociais, políticas e culturais veem demonstrando que é imprescindível romper com as práticas gerenciais obsoletas e que melhorias contínuas são necessárias para atingir e assegurar um bom desempenho organizacional.

A implantação de um Sistema de Gestão da Qualidade é requerida pelo mercado, uma vez que um dos principais fatores de desempenho de uma organização é a qualidade de seus produtos e/ou serviços. O aumento das necessidades e expectativas do cliente é uma realidade mundial e vem sendo visto como prioridade nas organizações.

Um Sistema de Gestão da Qualidade implantado serve para prover confiança para a Alta Direção e também para o cliente, sendo, portanto, uma decisão estratégica do Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus.

A NBR IS0 9001:2008 define Sistema de Gestão da Qualidade como um "conjunto de elementos interligados, integrados na organização, que funciona como uma engrenagem para atender à Política da Qualidade e os objetivos da empresa, tornando visível nos produtos e serviços e atendendo as expectativas dos clientes".

O Sistema de Gestão da Qualidade é, portanto, concebido para satisfazer as necessidades gerenciais internas da organização, bem como para abranger os objetivos da qualidade; sendo estas necessidades gerenciais e objetivos voltados para atender as expectativas e requisitos especificados pelo cliente e outras partes interessadas. A implantação de um Sistema de Gestão da Qualidade possibilitará ao Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus um melhor conhecimento e gerenciamento dos seus processos internos e externos.

Entendendo que a implantação de um Sistema de Gestão da Qualidade, aliado ao envolvimento e comprometimento de todas as pessoas e a provisão adequada de todos os recursos necessários, é fundamental para o sucesso e permanência da empresa no mercado e para assegurar a satisfação e segurança dos clientes e beneficiar todas as partes interessadas, a Alta Direção do Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus, em março de 2012, foi responsável por sua implementação. O Sistema de Gestão da Qualidade tem como base nas Normas NBR ISO 9001:2015 e Manual Brasileiro de Acreditação - Organizações Prestadoras

de Serviços de Saúde, versão 2018, da Organização Nacional de Acreditação – ONA e RDC nº. 93. de 26 de maio de 2006, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA, que dispõe sobre o Manual Brasileiro de Acreditação de Organizações Prestadoras de Serviços de Saúde e as Normas para o processo de Acreditação

A equipe de Qualidade desenvolve rotineiramente treinamentos para desenvolvimento das pessoas afim de seguirem no processo de melhoriacontinua.



O Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus (HMTJ) presta assistência à saúde, como hospital geral, em diversas especialidades. **Possui em sua matriz certificação máxima da Organização Nacional de Acreditação (ONA), como Hospital Acreditado com Excelência, nível 3 e duas unidades sob sua gestão foram acreditadas em 2022 com o ONA 1.**

Faz parte da Rede Sentinela, da Anvisa e, de forma regional, trabalha os princípios do Sistema de Qualidade da Gestão, SGQ:5S, sob selo SENES e premiação na área de Sustentabilidade.

O Manual da qualidade aplicado as unidades Geridas pela HMTJ, descreve o Sistema de Gestão da Qualidade estabelecido e mantido pelo Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus, bem como as diretrizes para a execução dos serviços prestados, com foco no cliente, buscando a melhoria contínua e a produção e divulgação de conhecimento científico.

O escopo do sistema de gestão da qualidade abrange todos os Serviços Prestados no Hospital, conforme sua estrutura para atendimentoà saber:

- Atendimento Ambulatorial:
- Terapia Intensiva: UTI Adulto e UTI Neo Natal.
- Serviços de Auxílio ao Diagnóstico e Tratamento:
- Diagnóstico por Imagem (Raios-X, Tomografia, Ressonância);
- Laboratório de Análises Clínicas.
- Serviços Auxiliares de Saúde:
- Fisioterapia;
- Fonoaudiologia;
- Psicologia;
- Serviço Social;

Comissões / Comitês / Núcleos e Grupos Técnicos:

- Comissão de Controle de infecção Hospitalar;
- Núcleo de Segurança do Paciente;
- Comissão de Farmácia e Terapêutica;
- Comissão Interna de Prevenção de Acidentes - CIPA;
- Comissão de Suporte Nutricional;
- Comissão de Revisão de Prontuários;
- Comissão Intra Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos;
- Comissão de Revisão de Óbito;
- Comitê Interno de Prevenção de Mortalidade Materna, Infantil e do ÓbitoFetal;

- Comissão de Ética Médica;
- Comitê Transfusional;
- Comissão de Radioproteção;
- Comissão de Perfuro-cortante;
- Comissão de Ética de Enfermagem;

1. SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE

- **Requisitos Gerais**

O Sistema de Gestão da Qualidade descrito no Manual e na documentação que o apoia, cobre todas as atividades relativas ao escopo de serviços prestados pela OSS Hospital e Maternidade de Therezinha de Jesus com foco no cliente, buscando a melhoria contínua e a produção edivulgação de conhecimento.

O Sistema foi desenvolvido de acordo com a Política da Qualidade e está adequado à realidade específica da empresa e em conformidade com a NBR ISO 9001:2015 – "Sistemas de Gestão da Qualidade - Requisitos" e "Manual Brasileiro de Acreditação - Organizações Prestadoras de Serviços de Saúde, versão 2018 e RDC nº 93, de 26 de Maio de 2006, da Organização Nacional de Acreditação – ONA". A interpretação de cada Item e Requisito do Sistema de Gestão da Qualidade é definida neste Manual, sendo o mesmo elaborado na seqüência do referencial normativo NBR ISO 9001:2015, a fim de facilitar as ações de verificação de adequação e conformidade entre a norma e o Sistema, bem como entre o Sistema e o serviço prestado.

O Sistema de Gestão da Qualidade foi criado para atingir os seguintesobjetivos:

- Fornecer um controle de gerenciamento formalizado e aperfeiçoadoda prestação dos serviços, em um ambiente de mudança contínua;

- Aumentar, de modo mensurável, a qualidade do serviço prestado aos clientes e contribuir diretamente para a melhoria da eficácia e da produtividade;
- Melhorar continuamente a imagem da empresa no mercado, fornecendo evidências objetivas do compromisso e aperfeiçoamento contínuo da qualidade;
- Reforçar na cultura dos colaboradores, a qualidade centrada no cliente e baseada numa determinação de executar serviços que atendam os requisitos do cliente de forma humanizada, segura e com excelência;
- Manter o aprimoramento científico e inovação tecnológica, seguindo as melhores evidências científicas disponíveis;
- Criar e manter um ambiente de trabalho agradável e harmônico para todos os clientes, colaboradores e médicos da empresa.

O Sistema de Gestão da Qualidade foi planejado levando-se emconsideração a necessidade de:

- Prestar atendimento médico-hospitalar com qualidade e segurançaaos clientes da OSS- Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus;
- Estabelecer métodos para assegurar a operação e controle dosprocessos levando-se em consideração a competência do seu pessoal;
- Disponibilizar os recursos e informações necessárias para operação emonitoramento dos processos;
- Implementar uma sistemática adequada para monitorar, medir eanalisar os processos;
- Implementar ações necessárias para atingir os resultados planejadose a melhoria contínua do Sistema de Gestão da Qualidade;
- Manter o aprimoramento científico e inovação tecnológica, seguindoas melhores evidências científicas disponíveis.

- **Requisitos de documentação**

A documentação do Sistema de Gestão da Qualidade do Hospital eMaternidade Therezinha de Jesus consiste em:

- Declaração documentada da Política da Qualidade e seus objetivos;
- Manual da Qualidade;
- Procedimentos documentados do Sistema de Gestão da Qualidade conforme requeridos pela NBR ISO 9001:2015 e Manual de Acreditação das Organizações Prestadoras de Serviços de Saúde, e outros não requeridos pela norma, mas necessários para assegurar o planejamento, a operação e o controle eficaz do Sistema de Gestão da Qualidade;

Ferramentas da Qualidade:

- Mapa de processos: O mapeamento de processos de negócios objetiva determinar a forma em que os insumos recebidos de um fornecedor, são tratados e transformados em produtos que serão entregues aos clientes.
- Cadeia Cliente Fornecedor – CCF: Melhor forma de atender ás necessidades do cliente dentro das possibilidades de entrega do fornecedor, de maneira a não afetar o resultado final do processo.
- Procedimentos Sistêmicos, que são documentos que descrevem o que, quem e como a atividade que envolve diversos setores é realizada;
- Procedimentos Operacionais Padrão específicos para as áreas assistenciais e administrativas, que contempla as instruções de trabalho no seu nível mais simples ou detalhado, conforme requerido.

- Análise Crítica Global que descreve o desempenho dos setores durante o semestre, discorrendo sobre as melhorias implantadas, novas ações propostas e resolutividade das Não conformidades recebidas além de descrever os pontos fortes e oportunidades; fraquezas e ameaças sugerindo ações para minimizá-los.

- Matriz de Risco: tem como finalidade o reconhecimento precoce das situações que podem gerar consequências indesejáveis aos pacientes e

funcionários envolvidos no meio assistencial, à organização e ao meioambiente.

- Matriz de Registro: Controles necessários para identificação, armazenamento, indexação, proteção, recuperação, tempo de retenção edescarte dos registros.

- RNC: Relato de não conformidade;
- LEG: Lista de legislações;
- LMDE: Lista Mestra de documentos externos;

RESPONSABILIDADE DA DIREÇÃO

O comprometimento da Direção com o desenvolvimento e implantação do Sistema de Gestão da Qualidade, está evidenciado nos processos implantados e no compromisso com a melhoria contínua de sua eficácia, traduzido desde o estabelecimento da Política da Qualidade, dos Objetivos da Qualidade mensuráveis, incluindo seu planejamento e a sistemática para a coleta e avaliação de indicadores; da disponibilização de recursos para a implementação do Sistema e os mecanismos criados para avaliação e análise crítica.

Entre outras evidências podemos destacar, através de comunicações internas veiculadas em que se pode perceber que todos os colaboradores se pautam pela importância de atender os requisitos dos clientes, assim como os requisitos legais, regulamentares e estatutários.

FOCO NO CLIENTE

Os requisitos do cliente são determinados e acordados, entre o Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus e seus clientes, quando da realização de serviço. Os clientes envolvidos no processo e de acordo com definições do planejamento estratégico são: Paciente / Família, Corpo Clínico e colaboradores.

Pesquisas periódicas de satisfação são realizadas como realimentação do sistema na averiguação da satisfação dos clientes.

POLÍTICA AMBIENTAL

"Nos comprometemos com a melhoria contínua para alcançar a compatibilidade entre seus processos, serviços e o meio ambiente, assim como com a redução da utilização dos recursos naturais e energia visando a preservação do meio ambiente, e a prevenção dos danos ambientais, através do cumprimento da legislação e demais normas ambientais vigentes, principalmente, as que tratam de geração e disposição final resíduos hospitalares".

POLÍTICA DA SEGURANÇA E SAÚDE OCUPACIONAL

"Promover a segurança, saúde, melhoria da qualidade de vida do colaborador, prevenção de acidentes, incidentes ou quaisquer danos à saúde advindos do trabalho, ou que ocorram no curso dele por meio da eliminação ou redução dos riscos nos ambientes de trabalho."

GESTÃO DE RECURSOS

A Direção da OSS Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus está comprometida em proporcionar os recursos necessários para atingir os objetivos de satisfação dos clientes e atendimento de seus requisitos, através da implantação do Sistema de Gestão da Qualidade.

Semestralmente, durante a análise crítica, a alta Direção em conjunto com os gestores de cada setor avalia requisitos de recursos que foram identificados pelos próprios setores através das auditorias internas do setor da Qualidade baseada no manual da ONA / ISO 9001:2015 e legislações vigentes.

Esta avaliação abrange a identificação, controle e provimento de recursos adequados para: capacitação dos colaboradores, atividades operacionais, novas tecnologias, equipamentos, controle de processo, atividades de verificação correlacionadas com inspeção/ensaios, atividades relativas a auditorias internas da qualidade, recursos para infraestrutura, investimentos no que tange a segurança do trabalho, e outros, visando à manutenção do Sistema e melhorias contínuas da Qualidade.

Evidências do gerenciamento e acompanhamento de tais recursos estão contidas nas "Análises Críticas da Alta Direção".

RECURSOS HUMANOS: Competência, Treinamento e Conscientização

A atribuição de responsabilidades formais previstas nas Descrições de Cargos e Competência é feita com base na educação, capacitação, habilidades e competências requeridas.

O processo de recrutamento e seleção busca identificar o profissional com conhecimentos técnicos e perfil adequado à realização da função conforme descrição do cargo. Todo novo colaborador contratado pela empresa recebe treinamento sobre educação para a qualidade e política da qualidade, visando conscientizá-lo quanto à importância de suas atividades no objetivo final da qualidade, conforme PRS HMTJ 045 – Gestão de treinamento e desenvolvimento de pessoal.

O treinamento para as funções do SGQ é programado com base em necessidades estabelecidas nas diferenças entre desempenho real e o desejado para satisfazer plenamente o cliente do próximo processo.

As necessidades de treinamento padrão são levantadas semestralmente pelos líderes setoriais, com o apoio do setor de Treinamento e Desenvolvimento, e são planejadas, providas e estabelecidas no Plano Anual de Treinamento, sendo realizada a avaliação para verificar sua eficácia.

Os registros de treinamentos internos e externos, bem como a eficácia destes são mantidos em meio físico no setor de Recursos Humanos. A eficácia dos treinamentos realizados é monitorada pelos líderes setoriais, conforme definido no procedimento PRS HMTJ 045 - Gestão de Treinamento.

O Programa Semestral de Treinamento inclui treinamentos técnicos, participação em eventos, feiras, congressos e outras atividades externas, visando à qualificação e capacitação dos colaboradores. A Direção disponibiliza recursos financeiros para capacitação.

A OSS- HMTJ assegura que seu pessoal está consciente quanto à pertinência e importância de suas atividades e de como elas contribuem para atingir os Objetivos da Qualidade, com base em conhecimentos e participações das atividades de gestão.

Bianualmente é realizada a pesquisa de clima interno conforme

previsto no PRS HMTJ 187 – Gestão do Clima Organizacional, com o objetivo de identificar os aspectos que têm contribuído ou prejudicado as empresas no engajamento das pessoas frente aos seus objetivos e estratégias de negócios; Mensurar a percepção que as pessoas que trabalham na empresa têm das políticas, práticas, ambiente interno e das relações humanas; Orientar a priorização das ações de melhoria pós- pesquisa, bem como dos planos de ação oportunamente desenvolvidos.

INFRAESTRUTURA

A OSS Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus dispõem de infraestrutura necessária e adequada para atender ao escopo do seu negócio, em conformidade com os requisitos legais. Os locais de trabalho e as instalações para realização dos procedimentos atendem de forma satisfatória, desde a recepção até o momento da alta.

O Hospital opera com alto nível de processos informatizados, dispondo de equipamentos, serviços de apoio e softwares adequados ao desenvolvimento dos serviços, possibilitando agilidade e qualidade no atendimento aos seus Clientes e na operação da gestão administrativa.

AMBIENTE DE TRABALHO

As condições do ambiente de trabalho necessárias para alcançar a conformidade com os requisitos legais e dos serviços em todas as etapas são monitoradas e os critérios estão definidos em Procedimento Operacional Padrão e Procedimentos Sistêmicos.

A qualidade na segurança e higiene do trabalho é assegurada e mantida conforme determina a legislação e requisitos estabelecidos pela própria empresa, como a segurança individual e coletiva dos colaboradores, iluminação, ergonomia, entre outras. Assim, são mantidos:

PCMSO - Programa de Controle Médico e de Saúde Ocupacional. PPRA - Programa de Prevenção de Riscos Ambientais.

Plano de Emergência.

PLANEJAMENTO DA REALIZAÇÃO DO PRODUTO

A OSS-HMTJ, identifica e planeja todos os seus processos, assegurandoque estes são executados sob condições controladas, incluindo:

- Procedimentos Sistêmicos e Procedimentos Operacionais Padrãodevidamente documentados;
- Conformidades com normas, legislações, portarias e regulamentosapropriados;
- Monitoração e controle de parâmetros adequados de processos e deserviço;
- Critérios claros de execução dos serviços operacionais assistenciais e administrativos;

Manutenção preventiva e corretiva de equipamentos;

- Registros necessários para evidenciar que os processos e os serviçosatendem aos requisitos especificados.

PROCESSOS RELACIONADOS A CLIENTES

Todos os serviços realizados consideram as necessidades dos Clientes em seu atendimento, na realização e na finalização do serviço bem como em atividade de acompanhamento de casos. Aspectos da Qualidade Intrínseca dos serviços, não requeridos de forma consciente pelos Clientes, são absolutamente considerados e atendidos.

Todos os serviços realizados levam em consideração a legislação específica bem como as definições de padronização de serviços estabelecidas nos Procedimentos Operacionais Padrão e Procedimentos Sistêmicos, visando assegurar:

- Requisitos adequadamente definidos, esclarecidos e documentados;
- Quaisquer diferenças resolvidas e acordadas entre Cliente e Hospital;
- Capacidade produtiva para atender aos requisitos contratuais ou dopedido;
- Procedimentos, especificações e requisitos de Clientes;
- Requisitos estatuários e regulamentares atendidos.

COMUNICAÇÃO COM O CLIENTE

A OSS HMTJ mantém canais de comunicação com todos os seus clientes de forma a poder fornecer informações necessárias sobre seus serviços tanto de forma passiva quanto ativa. São mantidos canais de comunicação ativa objetivando oferecer aos clientes informações e atualizações sobre as modalidades de serviços prestados, bem como sobre serviços realizados.

Toda comunicação dos Clientes quanto a queixas, manifestações, sugestões ou solicitações são registradas e tratadas como não- conformidades, sendo retomadas ao Cliente quando apropriada.

Dentre os canais de comunicação há jornal, pesquisa de satisfação do cliente externo, Ouvidoria, e no endereço eletrônico www.hmtj.org.br.

1. TÍTULO:

Seleção de instituição sem fins lucrativos qualificada como Organização da Sociedade Civil — OSC, visando à celebração de Termo de Colaboração para o 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 – HERSO.**

2. JUSTIFICATIVA DA PARCERIA

A presente parceria se justifica em razão da necessidade de selecionar a melhor proposta por meio de Chamamento Público, com base nos princípios administrativos da isonomia, da legalidade, da impessoalidade, da moralidade, da igualdade, da publicidade, da probidade administrativa, da vinculação ao instrumento convocatório, do julgamento objetivo, bem como em critérios técnicos, para celebrar Termo de Colaboração destinado às atividades de saúde do **Hospital Estadual de Santa helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado – HERSO.**

Para a elaboração da Proposta de Trabalho foram observar as seguintes premissas:

a) Os princípios e diretrizes do SUS, sempre em observação à Lei Federal n 8.080, de 19 de Setembro de 1990, pautando-se pela preservação da missão da
SES/GO, também em observância à legislação ambiental e as normas sanitárias, e utilizando como parâmetro, metas de produção com qualidade e eficiência para assistir de forma abrangente os usuários;
b) Resolubilidade e a qualidade do serviço ofertado aos usuários do SUS;
c) Gestão Hospitalar baseada em Indicadores de Desempenho e Sistema de Metas;
d) Garantia de requisitos e a busca das habilitações possíveis ao perfil da Unidade no Ministério da Saúde (MS);
e) Busca de certificação de qualidade em saúde;
f) A Política Nacional de Humanização no atendimento do SUS, contemplando o Acolhimento ao Usuário;
g) A Política de Educação Permanente em Saúde do SUS, contemplando suas atribuições e responsabilidades quanto ao Ensino, Estágios de Graduação e Pós-Graduação do Ensino Profissionalizante e Tecnológico; da Graduação no Ensino Superior, Estágios e Internato Médico; Pós-Graduação Lato Sensu,Especialização e Residência Multiprofissional, e em áreas especializadas em conformidade com as legislações vigentes.

OBJETIVOS DO MODELO ASSISTENCIAL:

Este Plano de Trabalho objetiva, em consonância com a Política Nacional e Estadual de Saúde, oferecer à população da região, serviços na área da saúde, de modo a atender às especificações que se fizerem necessárias para a sustentabilidade da integralidade de cuidados, nos termos deste Edital e seus anexos, buscando consolidar os melhores resultados em todas as áreas de sua abrangência assistencial, na prestação de serviços de saúde ao cidadão, implantando as normatizações e padronizações que melhor atendam às necessidades de assistência da população.

São objetivos de deste:

- ✓ Promover a melhoria do acesso dos usuários aos serviços de saúde
- ✓ Humanizar as relações entre os profissionais de saúde e usuários no que se refere à forma de atender este usuário, seus problemas e demandas;
- ✓ Mudar o objeto da doença para doente (sujeito);
- ✓ Realizar abordagem, integral a partir de parâmetros humanitários de solidariedade e cidadania;
- ✓ Aperfeiçoar o trabalho em equipe com a integração e complementaridade das atividades exercidas pelas diferentes categorias profissionais, buscando orientar o atendimento dos usuários aos serviços de saúde por riscos apresentados, complexidade do problema, grau de saber tecnologias exigidas para solução;
- ✓ Aumentar a responsabilidade dos profissionais de saúde em relação aos usuários e elevar o grau de vínculo e confiança entre eles;
- ✓ Proporcionar maior agilidade na aquisição de medicamentos, insumos, serviços, equipamentos, reformas, criação de leitos, etc.;
- ✓ Ter uma contratação e gestão de pessoas mais flexível e eficiente, com subsequente incremento da força de trabalho da Administração Pública e ampliação quantitativa e qualitativa da oferta dos serviços de saúde;
- ✓ Operacionalizar uma clínica ampliada que implica na abordagem do usuário para além da doença e suas queixas, construir o vínculo terapêutico visando aumentar o grau de autonomia e de protagonismo dos sujeitos no processo de promoção a saúde, e a elaborar o projeto terapêutico individual e coletivo.
- ✓ Maior satisfação do usuário SUS, que passa a contar com uma maior resolubilidade;
- ✓ Continuidade do tratamento através de orientação e preparo do paciente/familiar antes da alta hospitalar com resultado efetivo;
- ✓ Melhoria na oferta de assistência pública de saúde, pelo aumento da capacidade instalada.

A orientação baseada em processos envolve a preocupação constante com a otimização de recursos na busca por melhorias incrementais tendo em vista alcançar ou superar padrões referenciais de desempenho na satisfação dos envolvidos, sejam clientes, colaboradores e comunidade e demais stakeholders.

A gestão por processos demanda a concepção e o continuo monitoramento de um quadro de indicadores de desempenho para constante avaliação do alcance das metas estabelecidas de eficácia, eficiência e efetividade.

A área administrativa compartilhada entre as unidades e a Matriz HMTJ é composta pelas áreas técno-administrativas e de apoio que atuam como suporte da gestão local contribuindo para que as diretrizes estratégicas sejam claramente disseminadas e que haja sinergia entre as equipes, processos e unidades.

Unidades bem organizadas possuem todas as condições de atingir seus objetivos, prestando uma boa e integral assistência aso seus usuários, transformando-se em instrumento de realização para seus profissionais, contribuindo decisivamente para a melhoria dos níveis de saúde da comunidade.

O produto deste Modelo Assistencial significa "Busca contínua ao cuidado à saúde perfeito no SUS", ofertando serviços de qualidade e alta resolubilidade, baseados em indicadores de qualidade.

3. CARACTERTZAÇÃO DA UNIDADE

Inaugurado em 2011, o Hospital de Urgência da Região Sudoeste Dr. Albanir Faleiros Machado (HERSO) é uma Unidade da Secretaria de Estado de Saúde de Goiás e pode ser categorizado como um Hospital Porta Aberta Regulada, prestando atendimento a pacientes dos 27 municípios da região Sudoeste de Goiás.

O HERSO é um hospital Geral de Média e Alta Complexidade em Urgência e Emergência, de demanda regulada e/ou referenciada, com leitos clínicos, cirúrgicos e de terapia intensiva (UTI), conforme classificação de risco, prestando atendimento prioritariamente a Macrorregião Sudoeste de Goiás e demais Macrorregiões. Oferecerá suporte assistencial de acordo com a necessidade e demandas do Complexo Regulador Estadual, possuindo as especialidades: Clinica médica, Ortopedia, Cirurgia Geral, Cirurgia Vascular, Neurologia , Cardiologia e Urologia com funcionamento 24 horas, 07 dias da semana, ininterruptamente.

Atualmente, a unidade possui 69 leitos gerais, 18 leitos complementares e 4 leitos dia, bem como outros setores de suporte.

O Ambulatório, no mínimo, de segunda a sexta-feira das 07h às 19h, com grade devidamente disponibilizada ao Complexo Regulador Estadual.

Oferece ainda serviço de apoio diagnóstico com equipamentos adequados para a execução de exames laboratoriais, serviços de imagem, incluindo tomografias.

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

A gestão da clínica ocorrerá baseada do cuidado, com a implementação de equipes multiprofissionais de referência, de forma a assegurar o vínculo entre a equipe, o usuário e os familiares, com a garantia de visita e presença do acompanhante nos casos previstos em normativa interna e com a valorização de fatores subjetivos e sociais, atendendo os quesitos da Política Nacional de Urgência e Emergência e a Política Nacional de Humanização.

As Diretrizes Terapêuticas e Protocolos Clínicos serão adotados a fim de garantir intervenções seguras e resolutivas, qualificando a assistência prestada ao usuário.

10.2.1: ÁREA DE ATIVIDADE

Área atividade: avalia as ações propostas para a organização da unidade



10.2.1: ÁREA DE ATIVIDADE

IMPLANTAÇÃO DE FLUXOSINDIVIDUALIZADA AO PERFIL DAUNIDADE DE SAÚDE (A FORMADE APRESENTAÇÃO SERÁCONSIDERADA LEVANDO-SE EMCONTA A CLAREZA EENTENDIMENTO DO FLUXO

10.2.1: ÁREA DE ATIVIDADE

IMPLANTAÇÃO DE FLUXOSINDIVIDUALIZADA AO PERFIL DAUNIDADE DE SAÚDE (A FORMADE APRESENTAÇÃO SERÁCONSIDERADA LEVANDO-SE EMCONTA A CLAREZA EENTENDIMENTO DO FLUXO

Fluxos operacionais compreendendo a circulação em áreas restritivas, externas e internas

Fluxos operacionais compreendendo circulação de áreas restritas, internas e externas

Os fluxos elencados neste item atenderão as normas legais e serão implantados no hospital. Em consonância com a Portaria nº 2.395, de 11 de outubro de 2011 do Ministério da Saúde, o HMTJ, propõe a implantação de mecanismos de gestão da clínica e urgências, visando à qualificação do cuidado, eficiência de leitos, reorganização dos fluxos e processos de trabalho e implantação de equipe de referência.

O objetivo HMTJ na Gestão é sempre prestar um atendimento de qualidade e eficiência, para que isso aconteça os objetivos para organização do fluxo dos usuários em atendimento são:

- Orientar as pessoas que passam pelas portarias, indicando o caminho aos serviços quando perguntado;
- Certificar o ingresso de pessoas devidamente identificadas através de crachás (funcionários, visitantes, acompanhantes, fornecedores, pacientes e representantes comerciais autorizados pelo setor de Compras);
- Respeitar os horários de visitas, troca de acompanhantes e outros serviços afim de não prejudicar o atendimento ao usuário;
- Proibir o ingresso de vendedores, ambulantes e comércio de produtos não autorizados;
- Ter em seu poder os números de emergência, tais como: Delegacia de Polícia Civil; Delegacia de Polícia Militar; Corpo de Bombeiros; Conselho Tutelar, entre outros;
- Registrar todas as informações em instrumentos criados para que possa ser utilizado na troca de plantão e para verificação de sua liderança. Durante a troca de plantão deverá ser passado aos respectivos porteiros que assumirem o posto, quando da rendição, todas as orientações recebidas e em vigor, bem como não conformidades observadas nas instalações.

De acordo com a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) Nº 50, as circulações externas e internas dos Estabelecimentos Assistências à Saúde correspondem aos seus acessos (fluxos), estacionamentos e circulações horizontais e verticais, em conformidade com a norma NBR-9050.

Deve haver uma preocupação de se restringir ao máximo os números desses acessos, com o objetivo de se conseguir um maior controle da movimentação no estabelecimento

de saúde, evitando-se o tráfego indesejado em áreas restritas, o cruzamento desnecessário de pessoas e serviços diferenciados, além dos problemas decorrentes de desvios de materiais.

Uma unidade Hospitalar pode agregar diversos tipos funcionais de acessos em um único espaço físico, dependendo da interligação e aglutinação das unidades funcionais existentes, ou ter acessos físicos diferenciados para cada tipo funcional.

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

- Paciente externo ambulante ou transportado, acompanhante e doador;
- Paciente a ser internado ambulante ou transportado e acompanhante;
- Cadáver, acompanhante e visitas relacionadas a esse;
- Funcionário e aluno, vendedor, fornecedor e prestador de serviço, outros;
- Suprimentos e resíduos.

Neste sentido, organizar o fluxo de circulação dos usuários da Unidade é fundamental para que a atenção e assistência ao usuário seja ofertada de forma organizada, oportuna, segura e com qualidade.

Para tanto, os usuários da Unidade serão categorizados como:

- Usuário a ser registrado: trata-se dos usuários que adentraram a Unidade e estão aguardando o registro da recepção;
- Usuário em espera do ACCR: trata-se dos usuários que já foram registrados pela recepção e, portanto, já estão portando a pulseira de identificação da Unidade;
- Usuário em Atendimento: trata-se dos usuários que já foram classificados e, portanto, já estão com a identificação da classificação na pulseira de identificação.
- Usuários que estão com procedimento agendado no ambulatório da Unidade;
- Usuários em Observação: trata-se dos usuários que já foram atendidos pelo médico e necessitam ficar em observação de até 24 horas;
- Usuários em Internamento: trata-se dos usuários que estão em leito de internamento da enfermaria ou das unidades de terapia intensiva

- Usuário de Alta: trata-se dos usuários que já foram atendidos e o médico assistente liberou para casa;
- Usuário de Procedimento Diferenciado: trata-se dos usuários que procurem a Unidade para realização de curativos portando a solicitação ou aqueles que cheguem com cortes em sangramento que possam necessitar de sutura. Neste caso também estão os pacientes remanejados para realização de exame e avaliação especializada.

O fluxo de atendimento dos pacientes iniciará quando da realização da ficha de atendimento e o encaminhamento para a sala de classificação de risco. Ao entrar na unidade, o usuário deverá retirar uma senha para realizar o cadastro na recepção, sendo atendido por este setor por ordem de chegada.

A recepção principal irá realizar o cadastro do paciente e direcioná-lo ao atendimento solicitado. Ao ser cadastrado no sistema de prontuário MV SOUL, o paciente receberá uma pulseira de identificação com seus dados impressos.

A pulseira será afixada pelo recepcionista que orientará ao usuário a mantê-la durante todo o período que estiverem em atendimento nas unidades. Os usuários autorizados a ter acompanhante, receberá também uma etiqueta de identificação para o acompanhante que deverá ser afixada na roupa, em local de fácil leitura.

Depois de realizar a Ficha de Atendimento e ser identificados pela pulseira, o paciente passará pelo Acolhimento de Classificação de Risco, neste momento, o paciente é atendido por um profissional enfermeiro (a) que amplia a escuta de suas queixas a partir do Protocolo de Classificação de Risco adotado pela unidade, classifica o grau de risco do paciente, identificando na pulseira do paciente a cor da sua classificação. Desta forma, o atendimento assistencial passa a ser encaminhado de acordo com gravidade do caso, e não por ordem de chegada.

Após o ACCR o paciente é encaminhado para a sala de espera, aguardando o atendimento médico. A partir da consulta médica, o paciente poderá fazer exames, receber medicação (na sala de medicações), ou ainda ser encaminhado para a leitos de internação ou ter alta orientada para casa, dependendo de seu estado clínico ou necessidade de saúde.

Destes usuários, aqueles que necessitarem de internação para elucidação diagnóstica, tratamento terapêutico clínico, cirúrgico ou ainda transferência, passarão a ser usuário em internação sendo conduzido pela enfermagem ao leito de acordo com quadro clínico.

Fluxo nas áreas internas da unidade

As condições ambientais necessárias ao auxílio do controle da infecção hospitalar dependem de pré-requisitos dos diferentes ambientes do estabelecimento, quanto a risco de transmissão da mesma.

Nesse sentido, o HMTJ sistematizará o fluxo de pacientes, acompanhantes, visitantes e funcionários respeitando a classificação das áreas conforme descrito a seguir:

- Áreas Críticas: São aquelas onde há maior reunião de pacientes graves (baixa resistência), maior número de procedimentos invasivos e, portanto, maior número de infecções. Essas áreas são absolutamente restritas aos funcionários que nelas desempenham suas atividades diárias e pacientes sob tratamento.

- Áreas Semicríticas: São aquelas onde os pacientes se encontram internados, mas com risco de transmissão de infecção menor.

- Áreas não críticas: São todas as áreas hospitalares onde não há risco de transmissão de infecção, não ocupadas por pacientes, ou destinadas a exames clínicos.

Fluxo nas Áreas Restritas

São os ambientes onde existe risco aumentado de transmissão de infecção, onde se realizam procedimentos de risco, com ou sem pacientes, ou onde se encontram pacientes imunodeprimidos. Ex: Unidade de Terapia Intensiva, Isolamentos, Bloco cirúrgico e CME. Somente os profissionais podem circular livremente por estas áreas com roupas próprias da unidade.

Fluxo paciente interno

O fluxo dos pacientes internos diz respeito aos deslocamentos dos pacientes que são internados. O paciente interno, no nosso entender, é o mesmo que o paciente internado. Consideramos o paciente internado o indivíduo admitido num estabelecimento de saúde com internamento para diagnóstico ou tratamento, que ocupa uma cama com permanência igual ou superior a 24 (vinte e quatro) horas.

Serão também considerados como pacientes internados aqueles que venham a falecer, os que sejam transferidos para outro estabelecimento de saúde ou os que saiam do estabelecimento contra o parecer médico, independentemente de permanecer menos de 24 (vinte e quatro) horas nesse estabelecimento.

O fluxo dos pacientes internos não se restringe apenas às unidades de internação, estes podem ainda aceder a outras unidades funcionais para diagnóstico, terapia ou cirurgia, sempre que necessário.

Fluxo paciente externo

O fluxo dos pacientes externos diz respeito aos deslocamentos dos pacientes que pretendem um atendimento imediato (urgências e emergências). Quando procura assistência à saúde, o paciente externo, geralmente, não necessita de internação, ou seja, não pernoita na Instituição.

Entre a admissão e alta hospitalar, a estadia do paciente externo na Instituição de Saúde não excederá as 24 (vinte e quatro) horas, no entanto, caso suceda alguma complicação do seu estado clínico que exija o seu internamento, o paciente externo passa a ser um paciente interno, uma vez que pernoita na unidade de saúde.

Como o paciente externo não necessita de internamento, o seu deslocamento e o dos seus acompanhantes pelo Serviço será restringindo apenas às unidades funcionais que prestem os serviços de atendimento correspondentes a este tipo de paciente.

O fluxo do paciente é limitado aos serviços de urgência e emergência e, seguirá por meios de diagnóstico, de e terapêutica e do setor de urgência e emergência, sendo monitorado por fluxos e critérios pré-estabelecidos.

Fluxo de Acompanhantes

O fluxo de acompanhantes é relativo aos deslocamentos das pessoas que encaminham e apoiam o paciente, as quais tanto podem ser familiares como amigos.

Os acompanhantes encaminham os pacientes aos serviços hospitalares e poderão estar presentes até à sua admissão formalizada na Instituição, de forma a oferece-lhes apoio moral naquele momento difícil. Por vezes, os familiares poderão permanecer no Hospital durante o período de internação dos pacientes, desde que haja um alojamento conjunto e autorização prévia da Supervisão local, esta situação geralmente acontecerá quando os pacientes são crianças ou idosos.

Os pacientes internados menores de idade têm o direito de serem acompanhados pelos pais ou por outra pessoa que os substitua, esse direito poderá ser cessado ou limitado caso o paciente seja portador de doenças contagiosas (LEI N. º 106/2009 DE 14 DE SETEMBRO).

Da mesma forma, os pacientes idosos e/ou com deficiência ou em situação de dependência também terão o direito de ser acompanhado por um familiar ou por uma pessoa que designe.

O paciente admitido no serviço de urgência e emergência poderão ter a presença de um acompanhante, mesmo que não possa comunicar a sua vontade. Este acompanhante pode acompanha-lo sempre desde que não assista aos procedimentos assistenciais, intervenções cirúrgicas, exames ou tratamentos, assim só poderão presenciar estes momentos clínicos se tiver a autorização do médico clínico responsável.

Assim, o seu fluxo é restrito, apenas será permitido nas circulações e zonas de espera públicas, ou seja, a sua presença está limitada à zona de entrada dos serviços, salvo certas exceções. Por norma, no caso de pacientes adultos, a presença do acompanhante na Instituição de Saúde será curta uma vez que acompanha o paciente até o mesmo ser atendido pelo pessoal dos serviços hospitalares, mas, poderá sempre aguardar pela alta do paciente nas zonas de espera.

Fluxo áreas externas

Tipos de serviços e a população usuária que requerem estacionamentos:

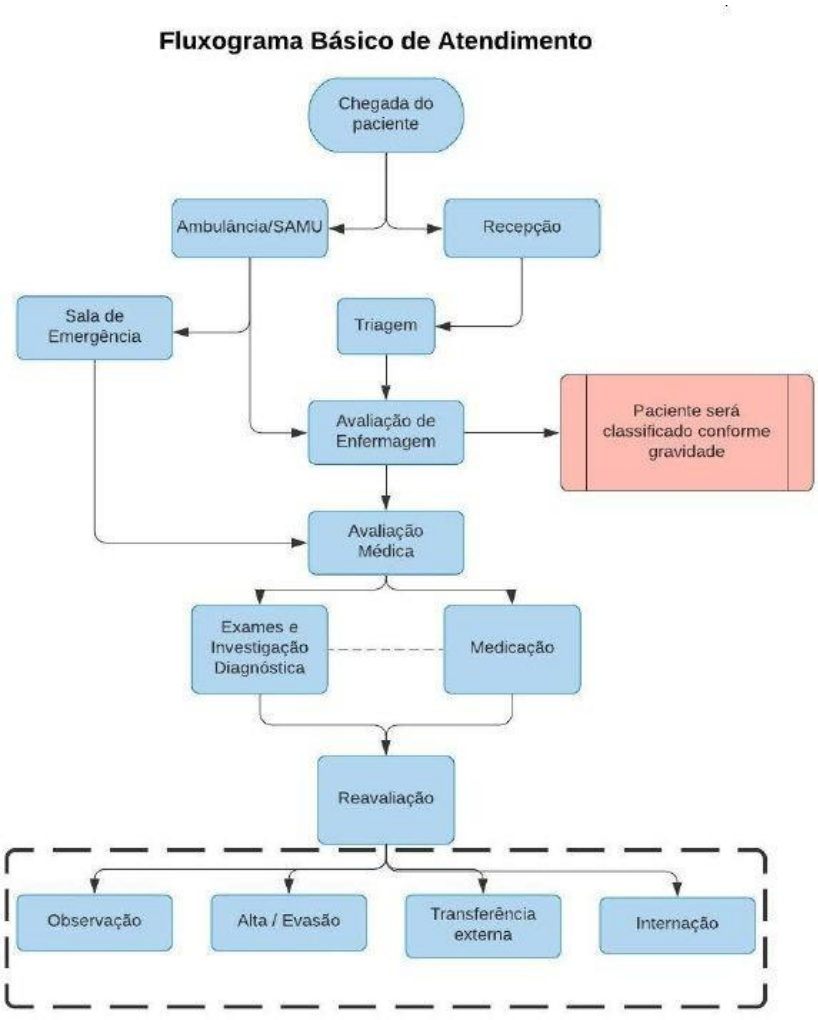
- Paciente externo transportado (paciente de emergência), que chega ou parte de automóvel ou ambulância;
- Paciente a ser internado (paciente interno);
- Funcionários (médicos, enfermeiros), se possível vaga de uso exclusivo;
- Demais funcionários;
- Entrega de fornecimentos: combustível, mantimentos, medicamentos, etc;
- Remoção de cadáveres;
- Remoção de resíduos.

FLUXOGRAMA PADRÃO DE ACESSO DE PACIENTES A URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

O atendimento é realizado com Acolhimento e Classificação de Risco, uma importante ferramenta desenvolvida para promover melhorias na organização dos serviços de emergência, onde os atendimentos são realizados conforme o grau de gravidade apresentado pelo paciente, por riscos de agravamento ou ainda pelo grau de vulnerabilidade dos mesmos.

O principal propósito é promover um atendimento mais qualificado, organizado e humanizado, definindo prioridades de acordo com o grau de complexidade apresentado pelos usuários dos serviços de emergência.

O objetivo desse fluxo é estabelecer a padronização dos atendimentos, otimizando a assistência de enfermagem e médica, com a finalidade de conscientizar a população sobre quais são as portas de entradas dos pacientes dentro do serviço.



Pacientes com entrada por SAMU, Corpo de Bombeiros e Serviços de Saúde.

Compete ao setor de Pronto atendimento o acolhimento e atendimento às pessoas encaminhadas pela Central de Regulação, SAMU e demais origens pactuadas, durante 24h por dia, ininterruptamente, caracterizada pela situação de sofrimento, com risco de vida.

Pacientes encaminhados por este tipo de serviço deverão dar entrada diretamente pela Sala de Reanimação/Estabilização ou para avaliação primária médica e/ou do Enfermeiro, a depender da gravidade do caso, posteriormente devem ser encaminhados a outras acomodações caso seja descartada a possibilidade de agravos.

As prescrições e evoluções da equipe, com a conduta a ser seguida, serão atualizadas, sempre que necessário. Todas as intercorrências médicas e de enfermagem serão legivelmente registrados e assinados com data e hora, e permanecerá disponível no prontuário enquanto o paciente permanecer na Unidade.

10.2.1: ÁREA DE ATIVIDADE

IMPLANTAÇÃO DE FLUXOS INDIVIDUALIZADA AO PERFIL DA UNIDADE DE SAÚDE (A FORMADE APRESENTAÇÃO SERÁ CONSIDERADA LEVANDO-SE EM CONTA A CLAREZA E ENTENDIMENTO DO FLUXO)

Fluxo unidirecional para materiais esterilizados/roupas

Fluxo unidirecional para materiais esterilizados

A equipe técnica local ficará responsável por todo o processo da CME (limpeza, acondicionamento, esterilização, guarda e distribuição dos produtos para todas as unidades).

A periodicidade de processamento desses materiais será diária e nas 24 horas, onde serão estabelecidos fluxos de recebimento, processamento e entrega.

O HMTJ irá atender a RDC 15 de 2012 que estabelece sobre requisitos de boas práticas para o processamento de produtos para saúde, estabelecendo os requisitos de boas práticas para o funcionamento dos serviços que realizam o processamento de produtos para a saúde visando à segurança do paciente e dos profissionais envolvidos.

A Central de Material e Esterilização - CME é um setor destinado à limpeza, ao acondicionamento, à esterilização e a distribuição dos produtos para a saúde, segundo a Resolução da Diretoria Colegiada - RDC 50, as atividades que devem ser desenvolvidas na CME, são:

- Receber, desinfetar e separar os produtos para a saúde;
- Lavar esses produtos;
- Receber roupas limpas vindas da lavanderia;
- Realizar o empacotamento;
- Esterilizar esses produtos por meio de métodos físicos;
- Realizar o controle microbiológico e o prazo de validade de esterilização desses produtos;
- Acondicionar e distribuir os instrumentais e as roupas esterilizadas;
- Zelar pela segurança e proteção dos funcionários desse setor;

Os conceitos usados para os procedimentos são:

LIMPEZA

É o processo manual ou mecânico de remoção de sujidade, mediante o uso da água, sabão e detergente neutro ou detergente enzimático para manter em estado de asseio os artigos e superfícies reduzindo a população microbiana.

A limpeza constitui ainda o primeiro passo nos procedimentos técnicos de desinfecção e esterilização, considerando que a presença de matéria orgânica protege os microrganismos do contato com agentes desinfetantes e esterilizantes.

DESCONTAMINAÇÃO

É o processo de redução dos micro-organismos de artigos e superfícies, tornando-os seguro para o manuseio.

DESINFECÇÃO: É o processo físico ou químico de destruição de microrganismos.

ESTERILIZAÇÃO: É o processo de destruição de todos os microrganismos, inclusive esporulados, a tal ponto que não seja mais possível detectá-los através de testes microbiológicos padrão. A esterilização é realizada pelo calor, germicidas químicos, óxido de etileno, radiação e outros.

ARTIGOS: Compreendem instrumentos, objetos de natureza diversa, utensílios como instrumentais cirúrgicos, odontológicos, comadres, papagaios, dentre outros.

SUPERFÍCIES: Compreende mobiliários, pisos, paredes, portas, tetos, janelas, equipamentos e demais instalações.

Estrutura Física A RDC 50 de 21 de fevereiro de 2002, com texto alterado pela RDC 307 de 14 de novembro de 2002 e RDC 189 de 18 de julho 2003 dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos. Este regulamento técnico normatiza que, para cada atividade desenvolvida na Central de Material e Esterilização (CME) deve haver ambiente obrigatório com dimensões mínimas e instalações necessárias.

- Os pisos e paredes devem ser laváveis, com o mínimo de juntas e em bom estado de conservação.
- As bancadas devem ser usadas para inspeção, preparo, embalagem, conferência e apoio. Devem ser de fácil higienização e favorecer a ergonomia do funcionário.
- As superfícies devem ser impermeáveis, lisas, laváveis, de cor clara e de fácil manutenção.
- O ambiente deve ser iluminado para favorecer a conferência da limpeza. Porém deve-se evitar o contato direto da luz do sol na área de armazenagem.

- As janelas da CME devem ser protegidas com telas milimétricas para evitar a entrada de insetos e roedores.
- A ventilação mecânica ou natural é permitida na área suja, porém deve ser evitada na área limpa e estéril.

A Central de Material e Esterilização devem ser divididas minimamente em três áreas separadas por barreira física, são elas:

Área Suja

Destinada ao recebimento e separação dos materiais sujos advindo dos setores de assistência. Local onde é realizado o processo de limpeza, desinfecção e secagem dos instrumentais. Deve ser de acesso restrito ao fluxo de pessoas e os profissionais da saúde deverão trabalhar paramentados com gorro, máscara, luva de borracha cano longo, avental de brim manga longa, avental impermeável, óculos de proteção e sapato fechado.

Área Limpa

Local destinado aos processos de separação dos instrumentais, conferência da limpeza, funcionalidade e integridade dos artigos. Assim como empacotamento, selagem das embalagens e esterilização. Local de acesso restrito ao fluxo de pessoas e os profissionais deverão trabalhar paramentados com gorro, avental, luva de procedimento e sapato fechado.

Área de Guarda e distribuição de artigos esterilizados

Local destinado à guarda dos instrumentais esterilizados e dispensação dos mesmos, com fluxo restrito de pessoas e a lavagem das mãos realizada rigorosamente para manipulação dos materiais esterilizados.

Os profissionais que trabalham na "área suja" não poderão transitar pela "área limpa" e vice-versa.

As barreiras físicas serão instaladas entre as áreas da Central de Material Esterilizado – CME, justamente com o objetivo de manter o fluxo unidirecional.

O acesso de pessoas fica restrito apenas aos profissionais que ali trabalham, ou para aqueles que recebem uma autorização para entrar no setor.

O fluxo dos materiais na CME deve ser unidirecional e com barreira física entre as áreas:



Conforme a RDC 35 de 2010 áreas são descritas em:

Área crítica

Área na qual existe risco aumentado para desenvolvimento de infecções relacionadas à assistência à saúde, seja pela execução de processos envolvendo artigos críticos ou material biológico, para a realização de procedimentos invasivos ou pela presença de pacientes com suscetibilidade aumentada aos agentes infecciosos ou portadores de microrganismos de importância epidemiológica.

Área semicrítica

Área na qual existe risco moderado a risco baixo para o desenvolvimento de infecções relacionadas à assistência à saúde, seja pela execução de processos envolvendo artigos semicríticos ou pela realização de atividades assistenciais não invasivas em pacientes não-críticos e que não a presente colonização por microrganismos de importância epidemiológica.

A RDC 15 de 2012 classifica as CME em Classe I e Classe II.

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

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

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

§ 3º O CME só pode processar produtos compatíveis com a sua capacidade técnica operacional e conforme a sua classificação.

§ 4º Quando não especificada a classificação, as determinações desta resolução se aplicam aos dois tipos de CME e às empresas processadoras.

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

Art. 7º A responsabilidade pelo processamento dos produtos na empresa processadora é do Representante Legal.

O HMTJ manterá o funcionamento da Central de Material de Esterilização no período de 24 horas com jornada de trabalho 12x36 horas (07:00 as 19:00 horas e das 19:00 as 07:00 horas) o quadro de profissionais será composta por enfermeiro responsável pelo setor, auxiliar/técnico de enfermagem, e receberá apoio do auxiliar administrativo.

Atribuições do Enfermeiro:

- Planejar, organizar, coordenar, orientar, supervisionar as atividades de enfermagem no setor;
- Responsabilizar-se pela aplicação das normas e rotinas deste manual ou adaptá-las às especificidades de seu serviço;
- Manter o Manual de Normas e Rotinas disponível para consulta dos profissionais;
- Prever e solicitar os materiais/instrumentais necessários para as unidades consumidoras;
- Manter-se atualizado quanto às novas tecnologias para procedimentos realizados na CME;
- Zelar pela limpeza e organização desse setor;
- Monitorar efetiva e continuamente os indicadores químicos e biológicos de cada carga após processo de esterilização;

- Conferir e assinar os impressos de controle dos ciclos da autoclave e indicadores biológicos
- Fazer escala mensal e de tarefas;
- Realizar treinamento e educação permanente da equipe;
- Realizar avaliação periódica dos profissionais do setor
- Monitorar o esquema de vacinação dos profissionais do setor.

Atribuições do auxiliar/técnico de enfermagem:

- ☐ Receber e conferir os materiais;
- ☐ Realizar limpeza e desinfecção dos materiais;
- ☐ Realizar a limpeza, preparo, esterilização, guarda e distribuição dos materiais;
- ☐ Receber e preparar as roupas;
- ☐ Monitorar os parâmetros do processo de esterilização e anotar em impresso próprio
- ☐ Realizar controle dos indicadores biológicos
- ☐ Comunicar o enfermeiro sobre as intercorrências assim como registrá-las em impresso próprio;
- ☐ Zelar pelo funcionamento da autoclave, incubadora e seladora;
- ☐ Manter a CME limpa e organizada;
- ☐ Realizar as atividades de acordo com rotinas técnicas e sobre supervisão do enfermeiro.

Atribuições do Auxiliar Administrativo

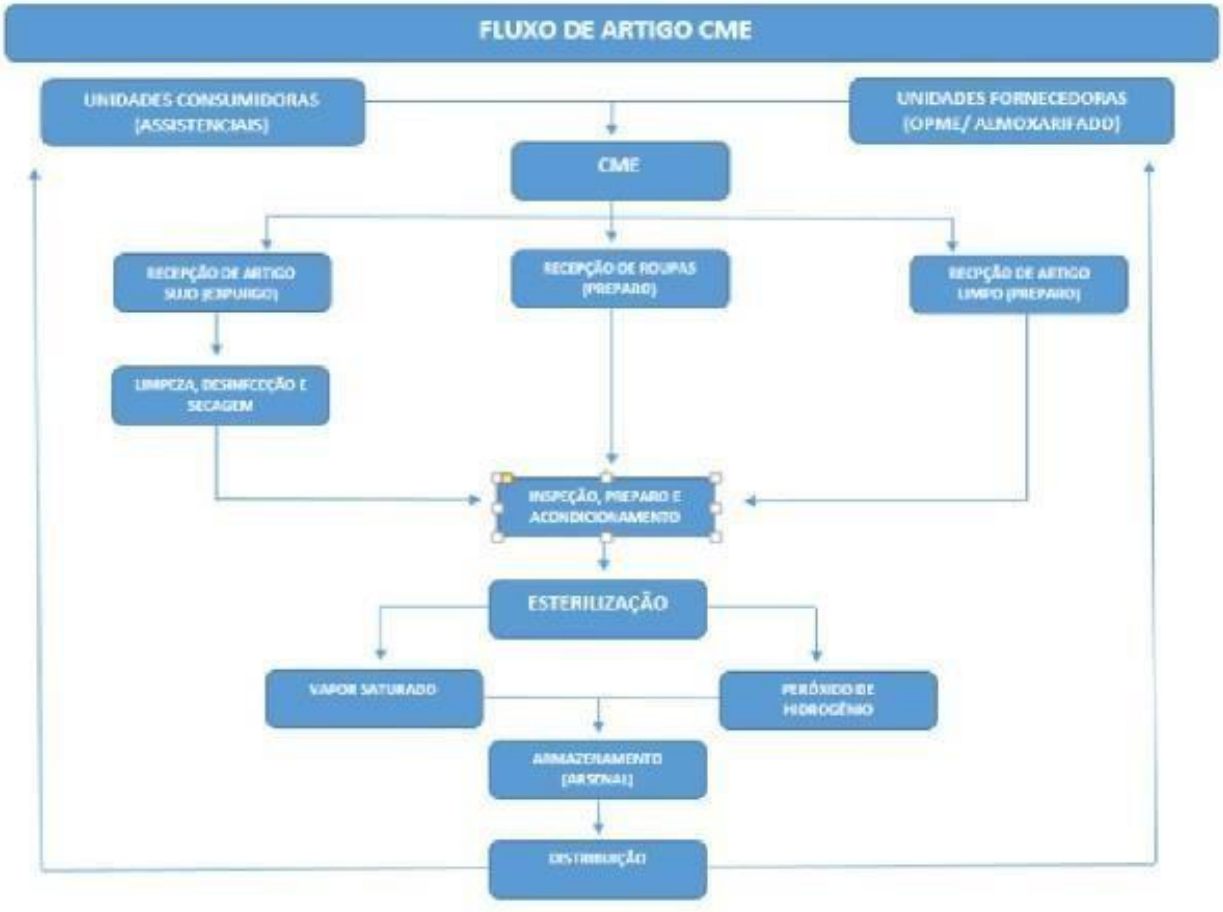
- ☐ Digitar comunicados;
- ☐ Imprimir os impressos de controle;
- ☐ Solicitar as manutenções dos equipamentos conforme RDC n° 15 de 2012 ou necessidades apontadas pelo enfermeiro;
- ☐ Realizar o controle patrimonial (solicitação e despatrimoniamento de equipamentos)

Os critérios recomendados para o processamento dos artigos são classificados em:

☐ Artigos críticos: entram em contato com tecidos estéreis ou com o sistema vascular e penetram em órgãos e tecidos, bem como todos os que possuem alto risco de causar infecção. Estes requerem esterilização para satisfazer os objetivos a que se propõem. Ex.: roupas; instrumentos cirúrgicos; soluções injetáveis.

☐ Artigos semicríticos: são aqueles que entram em contato com mucosa e pele não íntegra do paciente ou com mucosas íntegras e exigem desinfecção de médio ou alto nível ou esterilização. O risco potencial de transmissão de infecção é intermediário, porque as membranas apresentam certa resistência à entrada de esporos. Alguns deles necessitam de desinfecção de alto nível e outros de desinfecção de nível intermediário (material para assistência ventilatória, espéculo otológico, circuitos, etc.) realizada com termodesinfecção.

Artigos não críticos: entram em contato com pele íntegra e superfícies. Risco de transmissão de infecção baixo. Se esses materiais estiverem contaminados com matéria orgânica devem recebem desinfecção de nível baixo, e na ausência de matéria orgânica devem receber limpeza apenas. Os artigos não críticos receberão a limpeza do material com água e detergente neutro e após fricção com álcool 70% por trinta segundos. Ex: termômetro



RECOLHIMENTO DE ARTIGOS MÉDICO-HOSPITALAR

Responsável pelo setor: Enfermeiro

Atividades: Treinar, orientar e supervisionar o recebimento de artigos para esterilização.

Objetivos:

- Transportar artigos contaminados para o expurgo da Central de Material Esterilizado;
- Reprocessar artigos para realização de novo procedimento.

Normas:

- Todos os setores do Hospital utilizam materiais processados e reprocessados pela Central de Material Esterilizado (CME) para o desenvolvimento de diversos procedimentos que necessitem de artigos estéreis, contando com a estrutura, profissionais e recursos desta unidade para tal;
- A CME é responsável pelo recolhimento do material Centro Cirúrgico Central e Ambulatorial. Os demais setores são responsáveis pelo transporte de materiais contaminados para a CME;
- Transportar os artigos em carros fechados;
- Entrar pela porta de acesso ao expurgo;
- Deixar os artigos em bancada própria.

METODOLOGIA DE RETIRADA DO MATERIAL

- Levar o carro fechado até o CC e o CCA;
- Aguardar a funcionária responsável pelo expurgo do CC e CCA colocar os artigos contaminados em carro inox com identificação de material contaminado;
- Retornar com materiais contaminados para o expurgo da CME;
- Colocar luvas;
- Retirar os materiais contaminados do carro de transporte e colocar na bancada para o processo da limpeza;
- Retirar luvas;
- Lavar as mãos.

RECEBIMENTO DE ARTIGOS CONTAMINADOS

Para o recebimento e limpeza de materiais contaminados, o funcionário deve paramentar-se :

- ☐ Luvas de látex (especial) ou borracha, óculos, avental;
- ☐ Calçar luvas;
- ☐ Receber os artigos contaminados no expurgo juntamente com o impresso próprio;
- ☐ Separar materiais de acordo com a limpeza a ser realizada: desinfecção, esterilização a vapor e/ou óxido de etileno;
- ☐ Os materiais que serão enviados para o óxido de etileno devem ser acondicionados em contêiner específico e listados em impresso próprio da firma prestadora de serviço;
- ☐ Retirar luvas;
- ☐ Lavar mãos.

TRANSPORTE AUTOMOTIVO DO MATERIAL CONTAMINADO

Objetivo: Transportar com segurança artigos contaminados para o expurgo da Central de Material Esterilizado (CME).

Para o transporte de materiais contaminados, o funcionário deve paramentar-se:

- ☐ Lavar as mãos;
- ☐ Paramentar utilizando capote, máscara, gorro e luva;
- ☐ Deslocar para os expurgos dos setores do hospital;
- ☐ Colocar os artigos contaminados em contêiner;
- ☐ Acondicionar o contêiner em carro inox identificado contaminado;
- ☐ Encaminhá-lo até o veículo de transporte;
- ☐ Retirar paramentação;
- ☐ Lavar mãos;

- ☐ Colocar luvas;
- ☐ Encaminhar os contêineres com artigos contaminados ao expurgo da CME;
- ☐ Retirar luvas;
- ☐ Lavar as mãos.

ORGANIZAÇÃO DE ARTIGOS MÉDICO-HOSPITALAR POR OUTROS SETORES PARA ENTREGA NO CME

Objetivos: Reprocessar artigos que são autorizados pela ANVISA para realização de novo procedimento

Para organização de materiais contaminados, o funcionário deve paramentar-se:

Os setores do Hospital entregam diretamente no Expurgo da CME os materiais para serem esterilizados em contêineres, obedecendo a listagem e identificando os materiais por setor específico.

RECEBIMENTO E CONFERÊNCIA DE ARTIGOS MÉDICO-HOSPITALAR DE OUTROS SETORES NO CME

- ☐ Receber do funcionário as caixas;
- ☐ Separar e conferir com os impressos com os materiais recebidos;
- ☐ Separar de acordo com o setor de origem.

CARREGAMENTO DAS AUTOCLAVES

Objetivos: Garantir o processo de Esterilização. Para o carregamento da Autoclave, o funcionário deve:

- ☐ Lavar as mãos;
- ☐ Abrir a autoclave;
- ☐ Colocar o rack na posição (puxar para fora da autoclave);
- ☐ Pegar pacotes que estão sobre a bancada;
- ☐ Carregar a autoclave;
- ☐ Dispor os artigos verticalmente nos racks e não os compactar;
- ☐ Respeitar a distância de 2,5cm a 5cm entre os pacotes;
- ☐ Colocar os artigos côncavos/convexos na posição vertical;

- ☐ Colocar artigos como jarros/baldes/ e frascos na posição de "emborcados";
- ☐ Respeitar o volume máximo do preenchimento da câmara;
- ☐ Registrar em planilha própria, tipo de pacotes e quantidade;
- ☐ Fechar a porta da autoclave;
- ☐ Ligar a autoclave;
- ☐ Ligar a impressora.

DESCARREGAMENTO DAS AUTOCLAVES

Objetivos: Manter a integridade dos artigos e evitar contaminação dos artigos;
Para o descarregamento da Autoclave, o funcionário deve:

- ☐ Lavar as mãos;
- ☐ Colocar máscara ao entrar no arsenal;
- ☐ Abrir a porta da autoclave (lado estéril);
- ☐ Deixar a porta da autoclave aberta em 5 cm por 10 minutos;
- ☐ Colocar luvas térmicas;
- ☐ Colocar os cestos sobre a bancada;
- ☐ Fechar a porta da autoclave;
- ☐ Retirar luvas e deixá-las sobre o rack;
- ☐ Lavar as mãos (área de preparo);
- ☐ Retirar os artigos dos cestos;
- ☐ Colocar os artigos separados de acordo com o setor na bancada ou até mesmo nas prateleiras;
- ☐ Após sair do arsenal, desprezar máscara;
- ☐ Lavar as mãos.

CONFERÊNCIA DE MATERIAL

Objetivos: Oferecer materiais completos para procedimentos cirúrgicos, devendo utilizar cartela de montagem de caixas e bandejas. Para a conferência do material, o funcionário deve:

☐ Lavar as mãos;

☐ Conferir com atenção caixas, bandejas e pacotes que foram usados de acordo com o descrito na cartela;

☐ Conferir os artigos observando número de peças, funcionamento das peças e limpeza do material;

☐ Na falta de artigo: separar caixa ou bandeja,

☐ Registrar em planilha própria o artigo em falta;

☐ Comunicar o enfermeiro da CME;

☐ Deixar caixa ou bandeja "parada" até que encontre o artigo e/ou no caso de caixas e/ou bandejas muito utilizadas repor o material, caso tenha o mesmo em nosso armário de estoque

☐ Enviar para o setor onde o material não foi encontrado a folha de não conformidade preenchida;

☐ Caixas ou bandejas completas:

☐ Montar usando a técnica correta;

☐ Separar os artigos que são empacotados;

☐ Fechar as caixas ou bandejas.

☐ Colocar em local apropriado para que seja encaminhado para esterilização.

LIMPEZA DIÁRIA DOS EQUIPAMENTOS

Objetivos: Manter em bom funcionamento - Garantir maior vida útil Limpeza das Autoclaves:

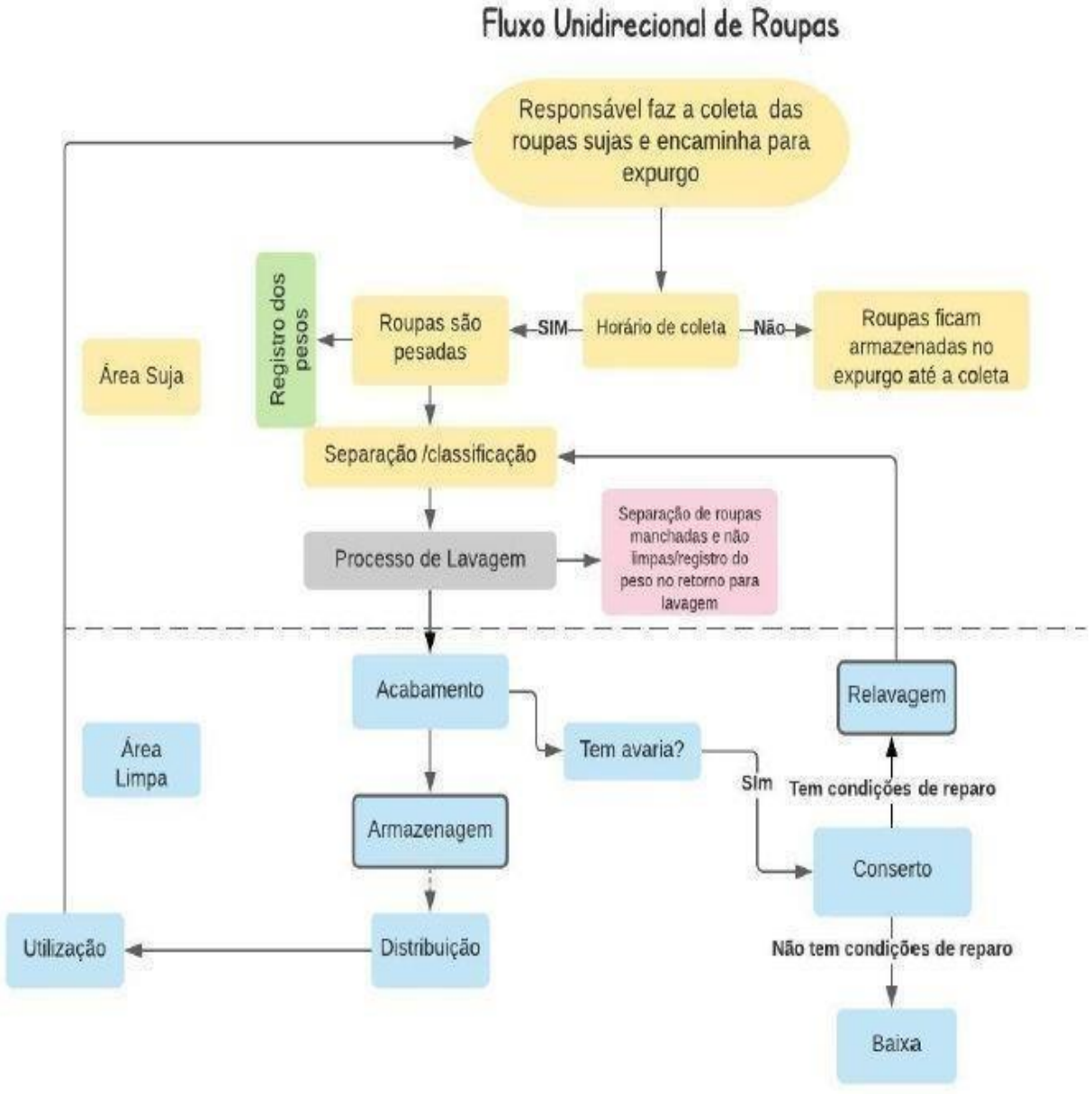
- Lavar as mãos;
- Usar EPI;
- Trazer para perto das autoclaves, rodo (utilizado apenas nas autoclaves), compressas, álcool 70% e pano úmido (utilizado apenas nas autoclaves);
- Limpar com compressa úmida no interior da câmara, iniciando do fundo para a porta e do alto para baixo;

- Repetir quantas vezes necessário;
- Utilizar compressa seca para secar o interior da câmara;
- Com um auxílio de um rodo umedecer o pano em álcool 70% e passar internamento em toda câmara;
- Passar a compressa úmida no cesto da autoclave
- Fluxo unidirecional para roupas

FUNCIONAMENTO DO SERVIÇO DE LAVANDERIA

A lavanderia de uma unidade de saúde é um dos serviços de apoio ao atendimento dos pacientes, sendo 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 roupa coletada será levada para local próprio para pesagem e preparo do rol e, posterior entrega à empresa para processamento, na lavanderia dentro da unidade. Haverá um controle semanal do enxoval e ao serem detectadas possíveis faltas, estas deverão ser comunicadas ao responsável para as providencias cabíveis.



A unidade de processamento da roupa de serviços de saúde é considerada um setor de apoio que tem como finalidade coletar, pesar, separar, processar, confeccionar, reparar e distribuir roupas em condições de uso, higiene, quantidade, qualidade e conservação a todas as unidades do serviço de saúde.

Ela exerce uma atividade especializada, que pode ser própria ou terceirizada, intra ou extra-serviço de saúde, devendo garantir o atendimento à demanda e a continuidade da assistência. No caso da Unidade em questão, ela é feita internamente por empresa terceira.

As roupas utilizadas nos serviços de saúde incluem lençóis, fronhas, cobertores, toalhas, colchas, cortinas, roupas de pacientes, compressas, campos cirúrgicos, aventais, dentre outros. Por meio desses exemplos, percebe-se que existe uma grande variedade de sujidades, locais de origem e formas de utilização dessas roupas nos serviços de saúde.

Organização do serviço

Para fornecer o serviço de lavanderia do enxoval e das roupas privativas utilizadas na unidade, o HMTJ manterá contrato de prestação de serviço com uma lavanderia especializada neste fim.

A coleta de roupa utilizada na unidade será realizada pela equipe do Hospital e entregue na lavanderia prestadora de serviço, diariamente, incluindo-se além do enxoval da unidade, as roupas privativas usadas pelas equipes multiprofissionais.

A organização de um processo de trabalho em equipe, com cooperação e visão integral do usuário, constitui-se numa tarefa diária de superação de desafios.

O que se pretende é alcançar os objetivos na construção de uma prática que vise à melhoria contínua da qualidade, sem fragmentação, possibilitando um melhor atendimento ao usuário, conferindo boas condições de trabalho para a equipe e minimizando a exposição aos agentes de risco inerentes às atividades executadas.

A eficiente gestão e operacionalização da unidade de processamento de roupas, a capacitação de recursos humanos, bem como o cumprimento das normas e orientações de segurança e saúde ocupacional são alguns dos aspectos que devem ser considerados visando à redução dos riscos e melhoria da qualidade.

A unidade de processamento de roupas deve possuir normas e rotinas padronizadas e atualizadas de todas as atividades desenvolvidas, as quais devem estar registradas e acessíveis aos profissionais envolvidos.

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

lavagem, secagem, calandragem, armazenamento e distribuição. Segue abaixo a descrição detalhada de todas as etapas do processamento da roupa.

Remoção de roupa suja da unidade geradora

O processamento da roupa inicia-se com a retirada da roupa suja das áreas onde foram utilizadas, também chamadas nesse manual de unidade geradora.

Na retirada da roupa suja da unidade geradora, deve haver o mínimo de agitação e manuseio, observando-se as precauções-padrão, independente da sua origem ou do paciente que a usou. Isso ajuda a prevenir acidentes e dispersão de microorganismos para o ambiente, trabalhadores e pacientes. Neste sentido está indicada apenas a pesagem e nunca a contagem de roupas sujas.

A roupa suja deve ser imediatamente colocada em saco hamper, onde permanecerá até a sua chegada ao serviço de processamento. Recomenda-se transportá-la dobrada ou enrolada a partir da área de maior sujidade para a de menor sujidade e colocar no centro do saco aquelas que estiverem molhadas ou mais sujas, evitando o vazamento de líquidos e a contaminação do ambiente, dos funcionários ou de outros pacientes.

Grande quantidade de sujeira sólida, como fezes e coágulos, presentes na roupa devem ser removidos, pela equipe de saúde ou hotelaria, com as mãos enluvadas e jogados no vaso sanitário, dando-se descarga com a tampa fechada. Essas excretas não podem ser removidas com jato de água.

Estudos mostraram que a prática de usar sacos duplos para a retirada da roupa suja de áreas de isolamento é desnecessária e apenas aumenta os custos. Esses estudos também mostraram que não existe diferença entre o nível de contaminação de roupas provenientes de pacientes em isolamento ou de enfermarias comuns. Portanto, todas as roupas utilizadas no serviço de saúde devem ser consideradas como contaminadas.

A equipe de saúde da unidade geradora deve ser orientada a evitar que objetos perfurocortantes, instrumentos ou outros artigos que possam causar danos aos trabalhadores e/ou aos equipamentos sejam deixados juntamente com a roupa suja nos sacos de coleta

Para o acondicionamento da roupa suja, recomenda-se saco hamper de plástico ou de tecido, que tenha qualidade suficiente para resistir ao peso da roupa, de modo a não romper-se durante a sua manipulação e transporte.

Os sacos de tecido são adequados para a maioria das roupas e devem ser submetidos ao mesmo processo de lavagem da roupa antes de serem reutilizados. Já os sacos plásticos são de uso único e sugere-se que possuam cor diferente dos sacos de

resíduos de serviços de saúde, evitando-se com isso confusão, troca dos sacos e o seu destino errado.

Outros cuidados com o acondicionamento da roupa devem incluir: fechar os sacos adequadamente de forma a impedir a sua abertura durante o transporte, não exceder ¾ da sua capacidade e armazená-los em local destinado para esse fim, que, segundo a RDC/Anvisa 50/02, pode ser a sala de utilidades.

A coleta será realizada em horário pré-determinada, visando sempre a redução da circulação da roupa suja pelo serviço de saúde, e a mesma deve permanecer o menor tempo possível na unidade geradora antes de ser transportada para a unidade de processamento.

O tempo em que a roupa suja permanece depositada antes de ser processada está mais relacionado a questões práticas, como remoção de manchas e aspectos estéticos, do que ao controle de infecção.

Coleta e transporte de roupa suja

Para a coleta e o transporte da roupa suja, o trabalhador da unidade de processamento deverá seguir as orientações de manuseio contidas no item anterior e também estar adequadamente paramentado.

O trabalhador que realiza o transporte de roupa suja deve utilizar equipamento de proteção individual – EPIs no momento do recolhimento da roupa, porém, ao abrir portas ou apertar botão de elevador deve fazê-lo sem luva.

A roupa suja deve ser transportada de tal forma que o seu conteúdo não contamine o ambiente ou o trabalhador que a manuseia. O transporte pode ser efetuado por meio de carro de transporte ou por tubo de queda.

O carro utilizado para o transporte de roupa suja dentro do HOSPITAL deve ser exclusivo para esse fim, leve, de fácil higienização, possuir dreno para eliminação de líquido e confeccionado de material que permita o uso de produtos químicos para sua limpeza e desinfecção. Além disso, precisa estar nitidamente identificado a fim de evitar que seja confundido com o carro de transporte interno de resíduos de serviços de saúde.

I. Objetivos

Padronizar o recebimento dos materiais contaminados , conferindo os mesmos, para iniciar o processo de limpeza adequado às especificidades dos materiais.

II. Materiais

Máscara, gorro, luvas de procedimento, óculos de proteção, avental impermeável, calçado fechado, livros de registro e/ou, formulário de devolução de material (devolução impressa - Sistema RM), caneta esferográfica.

III. Descrição dos passos da atividade

EXPURGO (Material Sujo):

- ✓ O técnico de enfermagem deverá paramentar-se com EPI's necessários: gorro, máscara, óculos de proteção e luvas de procedimento e avental impermeável;
- ✓ Receber materiais dos demais setores assistenciais da instituíção, conforme acordos de entrega pré estabelecidos, conferir se os mesmos estão sendo transportados em recipientes adequados: container com tampas e identificados como transporte de material contaminado;
- ✓ Conferir com o impresso de devolução o código (02.019), a quantidade do material à ser devolvido e a integridade dos mesmos . Os materiais que vem do HAN são listados em planilhas e acondicionados na pasta específica.
- ✓ Todos materiais ortopédicos deverão ser recebidos no expurgo , conferidos com o instrumentador e ou representante da empresa contratada, onde será realizada uma limpeza e após secagem encaminhamento para área limpa para realização do pacote e esterilização;
- ✓ Materiais do centro cirurgico deverão ser conferidos no expurgo do CC pelo técnico de enfermagem da CME, onde será verificado junto ao check-list das bandejas e caixas cirúrgicas contendo a quantidade e as peças das mesmas, que deverá ser conferido e assinado pelo enfermeiro do CC, (separar se estiver faltando , solicitar a presença do circulante responsavel pela utilização do material para rever a sala de operação, caso perda ou falta do material comunicar ao Enfermeiro Responsável do CC e da CME); Todo material em desacordo com o Check –list ou que não seja material reprocessado na CME deverá ser comunicado de imediato ao enfermeiro do CC. Material que não é reprocessado na CME não deverá ser encaminhado para o setor.
- ✓ Manipular com cuidado os materiais evitando quedas, acondicionar no carrinho de transporte de material contaminado para ser posteriormente levado à CME para reprocessamento. O carrinho de transporte de material contaminado deve estar identificado, deve ser colocado um campo limpo à cada transporte. A

desinfecção é realizada aos sábados pelo colaborador da higiene e limpeza.

- ✓ . O carrinho de transporte de material contaminado da área de COVID deve estar identificado, deve ser colocado um campo limpo à cada transporte e irá fazer o transporte do material de forma exclusiva mantendo sempre a tampa fechada, não excedendo o volume do container. A desinfecção é realizada diariamente pelo colaborador da higiene e limpeza após a retirada do material do mesmo.

- ✓ Separar materiais danificados, acondicioná-los no recipiente próprio e comunicar ao enfermeiro responsável; o enfermeiro deverá transcrever o quantitativo dos materiais em planilha própria de manutenção e descarte que será posteriormente encaminhado para a manutenção onde será avaliado a necessidade do conserto e /ou orientação para o descarte; conforme solicitação de serviço via sistema: SUPORTE.
- ✓ Proceder limpeza prévia do material umidificando-o com água corrente , retirando o excesso de matéria orgânica com auxílio de pistola de água morna;
- ✓ No recebimento dos materiais termossensiveis, os materiais deverão ser submetidos ao processo de limpeza e rigorosa secagem, e posteriormente acondicionados em invólucros específicos (Tyvek) identificado com etiqueta própria com nome do material, colaborador que preparou e data de validade para posterior reprocessamento na Autoclave V-Pro na instituição (HMTJ), ou na situação de não funcionamento deste equipamento, encaminhamento dos materiais à Oxetil – plano de contigência. Não serão enviados materiais particulares sem anuência do enfermeiro responsável .

ÁREA LIMPA (Materiais limpos):

Obs: Os materiais recebidos na área limpa compreendem materiais já preparados para serem reprocessados pela CME, tais como: materiais da lavanderia (pacotes de roupas cirúrgicas); os pacotes dalavanderia que são entregues no setor em horários e quantidades acordadas em CCF;

Obs: Todo material solicitado à instituição e ou empresa que não compreende em nosso arsenal e será necessàrio para a realização das cirurgias, deverão ser entregues na área limpa já reprocessados onde será submetido a conferência e novo processo de esterilização a fim de podermos rastrear o processo, quando o mesmo deverá ser encaminhado para expurgo, procedendo todas fases do processo de limpeza,conferencia ,inspeção , montagem e esterilização.

IV. Siglas e Definições

EPI: Equipamento de proteção individual

CME: Central de Material e Esterilização

CC: Centro Cirúrgico

OXETIL: Empresa de reprocessamento por Óxido de Etileno

CCF: Cadeia Cliente Fornecedor

HMTJ: Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus

V. Anexos

NA

VI. Referências

- Práticas recomendadas -SOBECC-4ªedição-2007;
- APECIH-Limpeza,desinfecção e Esterilização de Artigos em Serviço de Saúde. 1ª Edição-2010.
- RESOLUÇÃO - RDC No- 15, DE 15 DE MARÇO DE 2012 , Dispõe sobre requisitos de boas práticas para o processamento de produtos para saúde e dá outrasprovidências.
- MGR CME 001

I. Objetivo

Padronizar a utilização dos integradores químicos nas bandejas, caixas de instrumentais e kit parto cirúrgicos e contribuir para o processo de rastreabilidade.

II. Materiais

Gorro, planilha de carregamento de autoclave, integrador químico classe 5, caixas e bandejas de instrumentais cirúrgicos montados e materiais de escritório.

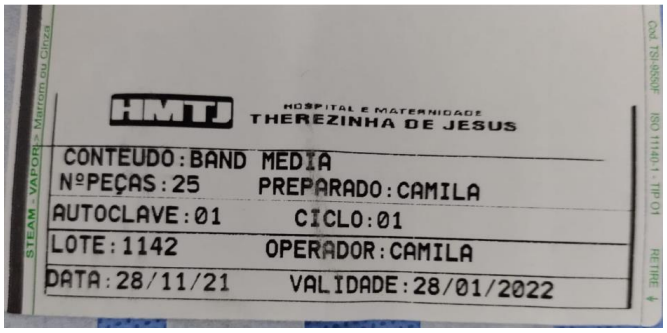
III. Descrição dos passos da atividade

- ✓ O técnico de enfermagem colocará os integradores químicos classe 5 em todas bandejas e caixas cirúrgicas e kit parto. Nas caixas com conjunto de duas ou mais bandejas deverá ser colocado 1 integrador em cada bandeja;

- ✓ A leitura do integrador é simples: verificar se o agente químico atingiu região ACCEPT ou REJECT para posterior utilização do material esterilizado, segue figura abaixo:



- ✓ Na abertura dos materiais na sala de cirurgia solicitar ao cirurgião e/ou instrumentador que o integrador químico seja visualizado antes da montagem da mesa, afim de constatar que o material esta realmente esterilizado evitando contaminação do campo;
- ✓ Ao término do procedimento cirúrgico o integrador deverá ser anexado ao protocolo de cirurgia segura do paciente;
- ✓ Nos demais setores deverão ser anexados no formulário de rastreabilidade de procedimentos invasivos, tanto a etiqueta de identificação do material que auxilia na rastreabilidade quanto o integrador.
- ✓ Realizar identificação correta das etiquetas de materiais constando: o material, número de peças, nome de quem preparou, ciclo, lote da carga que identifica o número da autoclave, do programa (tipo de garga), do plantão e número da carga do dia, dia de esterilização e validade conforme invólucro escolhido, via etiqueta de rastreabilidade;



IV. Siglas e Definições

ACCEPT: ACEITO

REJECT: REJEITADO

V. Anexos

N. A

VI. Referências

Práticas recomendadas -SOBECC-4ªedição-2007.

RESOLUÇÃO - RDC No- 15, DE 15 DE MARÇO DE 2012 , Dispõe sobre requisitos de boas práticas para o processamento de produtos para saúde e dá outras providências.

I. Objetivo

Realizar a classificação dos materiais por pesos de cada setor para alimentar o controle de custos mensal. Classificação denominada por horas utilizadas por colaborador, tempo de preparo, dificuldades para preparo, tipo de embalagens e utilização de invólucros específos aos materiais.

II. Materiais

Planilha de carregamento de autoclave, impresso de registro mensal de pesos e materiais de papelaria.

III. Descrição dos passos da atividade

- ✓ O técnico de enfermagem do setor CME irá realizar o processamento da devolução dos materiais (usados na assistência ao paciente) diretamente no Sistema RM gerando automaticamente a classificação dos pesos de todos os setores clientes diariamente utilizando o impresso próprio.
- ✓ Utilizar como instrumento de consulta a planilha de classificação de artigos, sendo estes classificados em: Peso 1; Peso 1,5; Peso 3; Peso 5; Peso 6; Peso 10; Peso 15.
- ✓ Utilizar planilhas de consulta para a separação dos pesos por setor;
- ✓ Consultar dúvidas ao Coordenador/ Enfermeiro caso necessário;
- ✓ Processar todas as devoluções no Sistema RM por cada plantão;
- ✓ Comunicar ao Coordenador/ enfermeiro responsável qualquer falha no processo e dúvidas para providenciar correção das mesmas e reorientação;
- ✓ O coordenador/enfermeiro irá realizar relatório mensal de controle de pesos por setor para controle de custos e lançar no programa de gerenciamento de custo mensal.

IV. Siglas e Definições

CME: Central de Material Esterilizado

V. Anexos

Anexo 1- Planilha de classificação de volumes processados por peso em anexo.

CLASSIFICAÇÃO DOS VOLUMES PROCESSADOS NA CENTRAL DE MATERIAL E ESTERILIZAÇÃO POR PESOS

PESO 1: Todos os materiais que já vem prontos (Somente esterilizar).
Ex: Materiais da Odontologia.

PESO 1,5: Materiais e acessórios de simples preparo na CME.
Ex: Crepon; Malha Tubular; Algodão Hidrófilo; Chumaços; Tamponamento Vaginal; Traquéias; Conexões, Materiais da UTI Neo; Materiais UTI Adulto; Materiais UPA Santa Luzia; Hospital Ana Nery; Material da Odontologia

PESO 3: Materiais que necessitam de preparo de mão de obra especializada.
Ex: Pacotes Individuais (Pacotes de Pinças diversas; Afastadores pequenos diversos; Colher Ginecologia; Fórceps; Autostáticos; Cubas; Espéculos; Tubos de Silicone (látex); Vidro Banco de Leite; Micropore; Caneta de Cautério; Curetas; Vela de Hegar; Pinça Endoscópica; Osteótomo; Descolador; Chave da Ortopedia; Avental Descatável).

PESO 5: Materiais que necessitam de preparo de mão de obra especializada.
Bandejas até 09 Pinças; Bandeja Peridural; Bandeja Raqui; Intracath; Revisão de Colo; Bandeja de Sutura da UPA; Colher Ginecologia; Fórceps; Comadre; Periquito; Autostáticos; Balfour; Doyen; Irrigador; Bandeja de Cateterismo; Agulha de Cooper; Gaze Vaselinada; Serras; Harrington; Afastador Deni Brow (redondo); Pacotes CVL; Jarros; Bandeja Rasa; Bandejas do Ambulatório; Hospital Ana Nery.

PESO 6: Campo Operatório; Aventais; Oleados; Campo Mesa Mayo; Campo RN; Compressas Grandes e Pequenas; Material da Odontologia.

PESO 10: Bandejas e Caixas de 10 a 50 peças.
Ex: Bandeja Média Cirurgia, Cesareana, Vascular; Ambulatório; Caixas da Plástica; Histerectomia Vaginal; Bandeja de Curetagem Uterina; Bandeja de Pequena Cirurgia; Bandeja Pediátrica; Bandeja Delicada Caixa de Timpanoplastia; Caixa de Amigdalectomia; Caixa de Rinoseptoplastia; Caixa Grande Cirurgia.

PESO 15: Caixas e Bandejas com mais de 50 peças e materiais muito pesados. Ex: Bandeja Hemostática, Caixas da Ortopedia; Ricardão, etc.

VI. Referências

APECIH-Limpeza,desinfecção e Esterilização de Artigos em Serviço de Saúde. 1ª Edição-2010.

MGR CME 001.

Práticas recomendadas -SOBECC-4ªedição-2007.

I. Objetivos

Realizar o correto carregamento das autoclaves para garantir o processo de esterilização dos pacotes cirúrgicos.

II. Materiais

Gorro, máscara, pranchetas, impresso de carregamento das autoclaves, materiais de papelaria.

III. Descrição dos passos da atividade

- ✓ Realizar o carregamento adequado das autoclaves para garantir a passagem do vaporesterilizante nos pacotes cirúrgicos;
- ✓ Ocupar somente 80% da câmara da autoclave;
- ✓ Separar as cargas de acordo com a classificação dos materiais;
- ✓ Nossas autoclaves estão programadas para realização de três tipos de Ciclos:

Programa 1: Pacotes - orienta-se a esterilização de pacotes diversos como campos operatórios,aventais, caixas e bandejas, materiais pesados (materiais de densidade);
Programa 2: Látex: onde são esterilizados todos materiais termossensíveis, delicados, látex, furadeiras, manetes de foco, pinças avulsas (materiais de superfície), copos do lactário, etc.;
Programa 6: Bowie Dick: ciclo próprio para realização do teste de Bowie Dick;

- ✓ Lavar as mãos;
- ✓ Utilizar gorro e máscara para manuseio dos pacotes;
- ✓ Carregar a autoclave inspecionando cada pacote antes do acondicionamento no rack/ cesto da autoclave, avaliando integridade dos mesmos e selagem adequada;
- ✓ Dispor os pacotes de modo vertical para facilitar a entrada e a circulação do vapor esterilizante nos pacotes favorecendo a secagem;
- ✓ Dispor os pacotes em grau cirúrgico de forma a ficar a posição de filme transparente paralela a filme transparente e papel paralelo ao papel;
- ✓ Registrar em impresso próprio toda a carga realizada na autoclave anotando:
  - ➢ Data/ Número da autoclave/ Lote/ Número do código da carga/ Quantidade/ Nome do material/ Hora do início do processo/ Assinatura e carimbo do funcionário que fechou a carga/ Assinatura e carimbo do funcionário que armazenou os materiais no arsenal.
- ✓ O número do código da carga que é pedido na planilha faz referência a qual programa da autoclave é realizado no momento daquela carga. Na própria planilha existe a legenda dos 3 possíveis códigos (POP CME 020-: Elaboração de lotes das Autoclaves e Termodesinfectora).

✓ Na segunda carga do dia e em todas as cargas que contenham implantes colocar na porta da autoclave, próximo ao dreno, um pacote de Teste Biológico, além do pacotede teste desafio com integrador químico classe 5 com lote e data da carga;

✓ Fechar a porta da câmara da autoclave;

✓ Realizar os devidos registros e lavar as mãos;

✓ Comunicar ao enfermeiro responsável qualquer falha no processo de esterilização para providenciar manutenção corretiva das mesmas.

O LOTE é elaborado a cada carga onde:

1º número: corresponde ao número da autoclave (1 ou 2);

2º número: é o número do ciclo que está sendo realizado (1, 2 ou 6);

3º corresponde: ao número do plantão (1,2,3,4 ou 5 para diaristas);

4º corresponde: ao número da carga que esta sendo feita (1,2,3...10).

IV. Siglas e Definições

EPI: Equipamento de proteção individual

V. Anexos

N.A.

VI. Referências

Práticas recomendadas -SOBECC-4ªedição-2007. APECIH- 9°edição.

RESOLUÇÃO - RDC No- 15, DE 15 DE MARÇO DE 2012 , Dispõe sobre requisitos de boas práticas para o processamento de produtos para saúde e dá outras providências

I. Objetivo

Realizar o correto descarregamento da autoclave mantendo a integridade dos pacotes e manuseando com segurança.

II. Materiais

Gorro, máscara, luvas de proteção térmica, pranchetas, impresso de carregamento da autoclave, materiais de papelaria.

III. Descrição dos passos da atividade

- ✓ Lavar as mãos ou realizar fricção com álcool gel a 70%;
- ✓ Utilizar EPIs: máscara, gorro, luvas de proteção térmica.



- ✓ Descarregar a autoclave manuseando os pacotes com cuidado e delicadeza verificando:
- ✓ Se houve a viragem das listas das fitas de autoclave e ou tarja das etiquetas duplo adesivas (indicador classe I), lembrando que, quando o mesmo fica escurecido nos demonstra apenas uma leitura visual do material que passou pelo processo de esterilização;
- ✓ Integridade dos pacotes, avaliando fechamento dos mesmos, selagem eficaz, microfissuras e ou rasgos;
- ✓ Se o material está úmido ou molhado;
- ✓ Se o material não estiver conforme, deverá retornar para área de preparo e submeter uma nova embalagem e posterior esterilização;
- ✓ Se estiverem em perfeitas condições, dispor os pacotes em superfície coberta com campos duplos evitando condensação;
- ✓ Armazenar os pacotes cirúrgicos esterilizados no armário próprio no Arsenal da CME para posterior distribuição;

- ✓ Os materiais deverão ser armazenados respeitando as datas de validades dos mesmos, dispostos no sistema PEPS (o primeiro que entra é o primeiro que sai), afim de realizar a dispensação ordenada por data de validade;



- ✓ Conferir e preencher o campo na planilha de descarregamento de autoclave com a hora de término do ciclo, assinatura e carimbo do funcionário que retirou e acondicionou a carga no lugar descriminado para tal;
- ✓ Lavar as mãos;
- ✓ Comunicar ao enfermeiro responsável qualquer falha no processo, inadequação de pacotes e materiais utilizados na CME.

IV. Siglas e Definições

EPI: Equipamento de Proteção Individual;
CME: Central de Material Esterilizado.

V. Anexos

Anexo 1- Planilha de Carregamento de autoclaves.

VI. Referências

MGR CME 001

Práticas recomendadas -SOBECC-4ªedição-2007 APECIH- 9ª edição

RESOLUÇÃO - RDC No- 15, DE 15 DE MARÇO DE 2012 , Dispõe sobre requisitos de boas práticas para o processamento de produtos para saúde e dá outras providências.

I. Objetivo

Padronizar os processos realizados pela equipe de enfermagem permitindo direcionar o trabalhode limpeza e esterilização, removendo a sujidade visível, reduzindo a carga microbiana natural e extrair contaminantes orgânicos e inorgânicos dos artigos, além de manter segurança e qualidade no reprocessamento dos materiais médico odonto hospitalares.

II. Materiais

Máscara, gorro, luvas de procedimento, óculos de proteção, luvas de cano longo, calçados fechados e avental impermeável.

III. Descrição dos passos da atividade

O técnico de enfermagem após paramentar-se com EPIs necessários irá iniciar o processo delimpeza dos materiais:

- ✓ A limpeza dos materiais é realizada no Expurgo da CME, consistindo em limpeza manual emecânica com auxílio de lavadora ultrassônica;
- ✓ A capacidade da lavadora que possuímos é de 42 litros, sendo que o detergente enzimático que é padronizado, nos orienta utilizar 2ml para cada litro de água;
- ✓ Sempre atentar para a orientação do fabricante impressa no rótulo do enzimático antes de proceder com a diluição.

Definições:

→ **DESCONTAMINAÇÃO:** remoção de microrganismos patogênicos na forma vegetativa de objetos e superfícies contaminados com matéria orgânica fazendo com que os mesmos fiquem seguros para serem manuseados durante o processo de limpeza manual. O processo pode ser químico (soluções germicidas) ou físico (lavadoras automática ultrassônica).

→ **LIMPEZA:** completa remoção de toda sujidade e material orgânico dos objetos e é o mais eficiente meiode redução da carga microbiana dos artigos. O processo pode ser feito com água, detergente e ação mecânica manual, lavadoras ultrassônicas ou de túnel ou por imersão em solução enzimática. Deve preceder os processos de desinfecção e esterilização.

→ **DESINFECÇÃO:** processo que elimina formas vegetativas de microrganismos patogênicos de objetos inanimados. Pode ser feita através de processos químicos (soluções germicidas) ou físicos (fervura e máquinas lavadoras - desinfetadoras). A atividade antimicrobiana de qualquer solução germicida pode ser alterada por erros na diluição e presença de matéria orgânica.

→ **ESTERILIZAÇÃO:** processo que utiliza métodos químicos (óxido de etileno) ou físicos (esterilização em autoclave) para destruir todas as formas de vida microbiana (vegetativas ou esporuladas) e aplica-se especificamente para objetos

inanimados.

A efetividade dos processos de esterilização e/ou desinfecção depende do tipo e do volume estimado de contaminantes no objeto, temperatura, tempo de contato, concentração do produto e naturezado objeto.

LIMPEZA:

A limpeza é o primeiro passo para o processamento de artigos, e está intimamente ligada à qualidade final do processo, pois com a retirada da matéria orgânica consegue-se diminuir o número de microrganismos sobre o artigo. Consiste na retirada da sujidade depositada em superfícies inanimadas, incluindo a matéria orgânica, por meio de uma ação mecânica, com o objetivo de garantir a eficácia do processo de desinfecção ou esterilização e preservar o artigo.

Todo artigo para ser submetido à desinfecção deve primeiro ser adequadamente limpo, facilitando assim o contato do agente desinfetante. A falha em procedimentos de limpeza pode comprometer os procedimentos seguintes (desinfecção e esterilização).

Antes do processo de limpeza, os materiais devem ser desmontados em todas as partes possíveis,para que se efetue uma boa Limpeza manual: é um procedimento realizado manualmente, onde a sujidadeé removida por meio da ação física com auxílio de detergente, água e artefatos como escova e esponjasde preferência vegetal não abrasiva.

Os artigos devem ser limpos individualmente, e itens longos e com lumens inspecionados com atenção. Não utilizar artefatos abrasivos, ou seja, utilizar escovas de cerdas macias e esponjas e após a limpeza enxaguar os materiais abundantemente, para retirada de toda matéria orgânica e o detergente utilizado. As escovas utilizadas na limpeza devem ser limpas e mantidas secas.

É fundamental para o processo de limpeza a utilização de detergente neutro e ou enzimático que não danifique o material. Detergentes domésticos contêm lipídeos, que podem formar biofilme, dificultando o processo de limpeza e a desinfecção / esterilização. A solução deve ser trocada de acordo comorientação do fabricante sempre que estiver saturada. A limpeza manual oferece maior risco de contaminação ao profissional de saúde, seja por respingos de matéria orgânica em mucosas, seja pelos acidentes com material perfurocortante, portanto, o uso de equipamento de proteção individual (luvas de cano longo, óculos de proteção, aventais impermeáveis e máscara) se faz necessário. Instrumentos cortantes quando imersos em soluções de limpeza devem ser removidos com auxílio de uma pinça e não com as mãos, para evitar acidentes.

DESINFECÇÃO DE ARTIGOS MÉDICO-HOSPITALARES:

Desinfecção é um processo que destrói microrganismos, patogênicos ou não, dos artigos, com exceção dealto número de esporos bacterianos, pela aplicação de meios físicos ou químicos.

Classificação de artigos:

Para a escolha do tipo de processamento ao qual será submetido o artigo, é utilizada a classificação proposta por Spaulding (1968), com objetivo de racionalizar sua indicação. Segundo Spaulding (1968) os artigos podem ser classificados em três categorias segundo o grau de risco de infecção envolvido no uso dos mesmos, ou seja, em artigos críticos, artigos semi-críticos e artigos não críticos.

→ **Artigos críticos:** são aqueles que penetram em tecidos ou líquidos estéreis e, portanto possuem alto risco para

aquisição de infecção. Estes artigos devem ser esterilizados para o uso. Nesta categoria estão incluídos os cateteres venosos, as agulhas hipodérmicas, os instrumentais cirúrgicos, implantes, cateteres urinários, etc.

→ **Artigos semi-críticos:** são artigos que entram em contato com membrana mucosa íntegra ou pele nãoíntegra, e normalmente devem ser livres de todos os microrganismos, com exceção de elevado númerode esporos bacterianos. Requerem desinfecção de alto nível entre pacientes. Estão incluídos nesta categoria, os endoscópios gastrointestinais, equipamentos de terapia respiratória, etc.

→ **Artigos não críticos:** são aqueles que entram em contato apenas com pele íntegra, ou não entram emcontato com pacientes e apresentam baixo risco de transmissão de infecção, pois a pele do paciente é barreira efetiva a microrganismos. Entretanto, podem servir de disseminação de microrganismos colonizantes entre os pacientes. Requerem apenas limpeza com água e sabão complementada opcionalmente com desinfecção de baixo nível. Como exemplos nesta categoria estão comadres, papagaios, jarros, bacias, cubas, aparelhos de pressão, termômetros, etc.

Níveis de ação de germicidas:

Segundo Rutala desinfetante é um germicida que inativa virtualmente todos os microrganismos patogênicos reconhecidos, mas não necessariamente todas as formas microbianas (por exemplo esporos bacterianos) em objetos inanimados. Os desinfetantes podem ser classificados de acordo com sua capacidade de eliminar microrganismos em:

- ✓ Desinfecção de alto nível: destrói todos os microrganismos com exceção de alto númerodeesporos.
- ✓ Desinfecção de nível intermediário: elimina bactérias vegetativas, a maioria dos vírus e fungos e micobactérias.
- ✓ Desinfecção de baixo nível: elimina a maioria das bactérias, alguns vírus e fungos, mas nãoelimina micobactérias.

Figura 1: Fluxo de processamento de artigos



IV. Siglas e Definições

N.A

V. Anexos

Anexo 1 - Livro de registro de dispensação de materiais esterilizados.

VI. Referências

MGR CME 001.

Práticas recomendadas -SOBECC-4ªedição-2007. APECIH- 9°edição.

RESOLUÇÃO - RDC No- 15, DE 15 DE MARÇO DE 2012 , Dispõe sobre requisitos de boas práticas parao processamento de produtos para saúde e dá outras providências.

10.2.1: – ÁREA DE ATIVIDADE

IMPLANTAÇÃO DE FLUXOSINDIVIDUALIZADA AO PERFIL DAUNIDADE DE SAÚDE (A FORMADE APRESENTAÇÃO SERÁCONSIDERADA LEVANDO-SE EMCONTA A CLAREZA EENTENDIMENTO DO FLUXO

Fluxo unidirecional de Resíduo de saúde

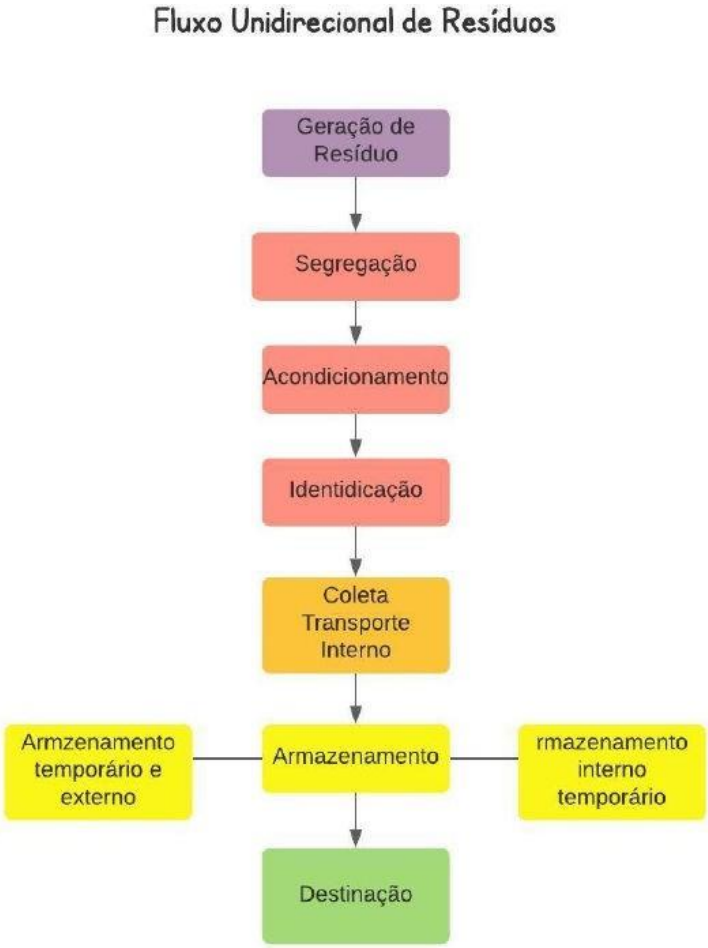
Fluxo unidirecional para resíduos de saúde

O HMTJ em seu modelo de gestão irá atender os dispositivos da Legislação Ambiental além de manter atualizada toda a documentação exigida.

O Plano de Gerenciamento de Resíduos Sólidos de Saúde PGRSS da Unidade será implantado até 60 dias após a assinatura do contrato, mantendo-se atualizado de acordo com as Normas do Conselho Nacional do Meio Ambiente (CONAMA), do Ministério da Saúde, bem como da Vigilância.

O gerenciamento inicia pelo planejamento dos recursos físicos e dos recursos materiais necessários, culminando na capacitação dos recursos humanos envolvidos. Para transporte externo e acondicionamento, a equipe gestora da Santa Casa irá contratar um prestador de serviços para fornecimento da estrutura externa de acondicionamento e destino dos resíduos.

O PGRSS será compatível com as normas federais, estaduais e municipais, estando de acordo com os procedimentos institucionais de Biossegurança, relativos à coleta, transporte e disposição final.



O manejo dos resíduos produzidos nas Unidades, será direcionado por um conjunto de ações voltadas ao gerenciamento dos resíduos produzidos e irá focar os aspectos intra e extra estabelecimento, incluindo desde a geração até a disposição final, conforme as etapas descritas:

Segregação: consiste na separação, de acordo com as características, estado físico e riscos envolvidos, dos resíduos no momento e local de sua geração. Para tanto as equipes serão treinadas a segregar no ato da produção, tendo os ambientes da Unidade sido preparados para tal.

Grupo A - Resíduo Biológico ou Infectante: devem ser acondicionados no momento da sua geração em saco plástico leitoso, resistente, impermeável, identificado com a simbologia de resíduo infectante conforme ABNT-NBR 7500/94 - Símbolos de Risco e Manuseio para o Transporte e Armazenamento de material - Simbologia - e ABNT-NBR 9191/93 – Sacos Plásticos para Acondicionamento de Lixo - Especificação).

Os perfurantes e cortantes devem ser descartados separadamente e imediatamente após o seu uso, em recipientes estanques, rígidos, com tampa e no local da sua geração, identificados com a inscrição "PÉRFURO-CORTANTE".

Grupo B - Resíduo Químico: devem ser acondicionados em recipiente que garanta a integridade física dos frascos, evitando choque mecânico, e mantendo seus recipientes originais. Na ausência destas embalagens originais, devem ser acondicionados em frascos de até dois litros ou em bombonas plásticas, resistentes, rígidas e estanques, com tampa rosqueada, vedante e identificadas com simbologia de substância tóxica, acrescida da expressão "RESÍDUOS QUÍMICOS", indicando o risco que representa e informações sobre o elemento químico e sua toxicidade.

Os resíduos quimioterápicos (incluindo equipos, restos de fármacos administrados, compressas, vestimenta de trabalho, luvas e outros descartáveis) devem ser acondicionados em separado dos demais resíduos químicos, em saco impermeável e resistente, devendo ser colocado em outro saco devidamente identificado.

Os perfurantes e cortantes devem ser descartados separadamente e imediatamente após o seu uso, em recipientes estanques, rígidos, com tampa e no local da sua geração, identificados com a inscrição "PÉRFURO-CORTANTE"

Grupo C - Rejeito Radioativo: os resíduos sólidos deste grupo deverão ser acondicionados em saco branco leitoso, resistente, impermeável, utilizando saco duplo para os resíduos pesados e úmidos, devidamente identificado utilizando-se os símbolos baseados na norma da ABNT-NBR 7500/94 - Símbolos de Risco e Manuseio para o Transporte e Armazenamento de Material - Simbologia.

Deverá ainda indicar o risco que representa, informações sobre o conteúdo, nome do elemento radioativo, tempo de decaimento, data de geração, nome da unidade geradora e outras que exigir a Resolução CNEN-NE-6.05 - Gerência de Rejeitos Radioativos em Instalações Radiativas - DOU 17/12/85.

Os perfurantes e cortantes devem ser descartados separadamente e imediatamente após o seu uso, em recipientes estanques, rígidos, com tampa e no local da sua geração, identificados com a inscrição "PÉRFURO-CORTANTE".

Grupo D - Resíduo Comum: os resíduos deste grupo, do tipo finais, devem ser acondicionados em saco plástico, de qualquer cor, exceto na cor branca (ABNT-NBR 9191/93 – Sacos Plásticos para Acondicionamento de Lixo - Especificação).

O resíduo de cozinha, que é pesado e úmido, deve ser acondicionado em saco duplo, também de qualquer cor, exceto na cor branca, com peso de até 16kg.

O material reciclável, após classificação (papel/papelão, metais, vidros, plásticos) deve ser acondicionado em sacos transparentes, o que facilita a sua visualização.

ATENÇÃO:

É importante lembrar que todo o recipiente tem que ser fechado ao atingir 2/3 da sua capacidade, de forma a não possibilitar vazamento.

Os resíduos provenientes dos atendimentos domiciliares deverão ser recolhidos pelos próprios agentes e encaminhados aos EAS de origem, sempre e de acordo com o disposto nas normas de segregação.

Acondicionamento: consiste no ato de embalar os resíduos segregados, em sacos ou recipientes que evitem vazamentos e resistam às ações de punctura e ruptura. Será estudada a partir da produção por setor qual a capacidade necessária dos recipientes de acondicionamento para acondicionar a produção diária de cada tipo de resíduo por setor Segregação: consiste na separação, de acordo com as características, estado físico e riscos envolvidos, dos resíduos no momento e local de sua geração. Para tanto as equipes serão treinadas a segregar no ato da produção, tendo os ambientes do Hospital sido preparados para tal.

Em cumprimento as determinações, os resíduos sólidos serão acondicionados em sacos resistentes à ruptura e vazamento e impermeáveis, sendo respeitado o limite de peso de cada saco e sendo proibido o seu esvaziamento ou reaproveitamento. Os sacos serão colocados em coletores de material lavável, resistente ao processo de descontaminação (nos setores que assim exigirem), com tampa provida de sistema de abertura sem contato manual e com cantos arredondados. Os resíduos perfuro cortantes serão acondicionados em recipientes resistentes à punctura, ruptura e vazamento, e ao processo de descontaminação.

Identificação: nesta etapa do manejo dos resíduos é possível reconhecer os resíduos contidos nos sacos e recipientes, fornecendo informações ao correto manejo dos RSS. Os sacos de acondicionamento, os recipientes de coleta interna e externa, os recipientes de transporte interno e externo, e os locais de armazenamento serão identificados de forma a permitir fácil visualização, utilizando-se símbolos, cores e frases, atendendo aos parâmetros referendados na norma NBR 7.500 da ABNT, além de outras exigências relacionadas à identificação de conteúdo e ao risco específico de cada grupo de resíduos.

Transporte Interno: esta é a etapa que consiste no translado dos resíduos dos pontos de geração até local destinado ao armazenamento temporário ou armazenamento externo com a finalidade de apresentação para a coleta. O PGRSS das unidades apresentará, após estudo dos fluxos e funcionamento da unidade, qual deve ser o melhor caminho, sendo a coleta transportada atendendo roteiro previamente definido e em horários não coincidentes com a distribuição de roupas, alimentos e medicamentos, períodos de visita ou de maior fluxo de pessoas ou de atividades. O transporte será feito separadamente de acordo com o grupo de resíduos e em recipientes específicos a cada grupo de resíduos.

Armazenamento Temporário: a guarda temporária dos recipientes contendo os resíduos já acondicionados, em local próximo aos pontos de geração, visando agilizar a coleta interna e otimizar o deslocamento entre os pontos geradores e o ponto destinado à apresentação para coleta externa. O armazenamento temporário será feito em sacos e recipientes de acondicionamento adequados e de acordo com o PGRSS. O armazenamentode resíduos químicos deve atender à NBR 12235 da ABNT.

Armazenamento Externo: a guarda dos recipientes de resíduos até a realização da etapade coleta externa, em ambiente exclusivo com acesso facilitado para os veículos coletores. Neste local não será permitido a manutenção dos sacos de resíduos fora dos recipientes ali estacionados.

Tratamento: o tratamento dos RSS gerados pela unidade será realizado por prestador de serviço especializado e legalizado contratado para este fim. Neste caso, a Coleta e Transporte Externos também serão de responsabilidade da contratada que deverá utilizar ferramentas e técnicas que garantam a preservação das condições de acondicionamento e a integridade dos trabalhadores, da população e do meio ambiente, devendo estar de acordo com as orientações dos órgãos de limpeza urbana, cumprindo as normas NBR 12.810 e NBR 14652 da ABNT.

PLANO DE GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE

PGRSS

ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE
HOSPITAL MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS

UNIDADE HOSPITALAR

INFORMAÇÕES GERAIS SOBRE O ESTABELECIMENTO GERADOR DE RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE

CARACTERIZAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

Identificação do Empreendimento

Razão Social: Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus

CNPJ: 21.583.042/0001–72

Localização do Empreendimento

Endereço: Rua *********, ** - Bairro *******

Município:

. **Telefone:** (**) ****- ****

E - mail: gestaoambiental@hmtj.org.br

Caracterização do Empreendimento

d) Área total do terreno: **.***,**m²

Área construída: **.***,***m²

Área externa: *.***,***m²

e) Data de início do funcionamento: * de **** de ****

h) Atividades exercidas: **********.

i) Horário de funcionamento: **********.

j) Número de funcionários: *** funcionários, aproximadamente

k) Número de leitos geral: ** leitos (** leitos de Internação Adulto, ** leitos de Internação Pediátrica, ** leitos de UTI Adulto, ** leitos de Observação Adulto e ** leitos de Observação Pediátrica, ** leitos de Box de emergência).

Responsável do Estabelecimento Gerador

Nome: Marco Antônio Guimarães

Cargo/função: Diretor Presidente

Responsável Técnico pelos Estudos e Elaboração do PGRSS

Nome: Laiane Reis

Identificação Profissional: Engenheira Ambiental e Sanitarista

Registro profissional: CREA/MG 28.2849/D

COMISSÃO DE APOIO AO GERENCIAMENTO DO PGRSS

RT da Elaboração do PGRSS – Laiane Reis;

Representante Coordenação – ********;**

Representante SCIH – **********;

Representante da Enfermagem – **********;

Representante do Serviço Segurança do Trabalho – **********;

Representante da Higienização e Limpeza – *********;

Representante da Farmácia – **********;

Representante do Setor Administrativo – **********;

Representante Manutenção – **********;

Representante da Engenharia Clínica – **********;

Representante do laboratório – **********;

Representante da Qualidade – **********;

Representante Nutrição e Dietética – **********;

SIGLAS

ABNT: Associação Brasileira de Normas Técnicas;

ANVISA: Agência Nacional de Vigilância Sanitária;

ART: Anotação de Responsabilidade Técnica;

CIPA: Comissão Interna de Prevenção de Acidentes;

CONAMA: Conselho Nacional de Meio Ambiente;

EPI: Equipamento de Proteção Individual;

FISPQ: Ficha de Informação de Segurança de Produtos Químicos;

SCIRAS: Serviço de Controle Infeção Relacionada à Assistência à Saúde**;**

NBR: Norma Brasileira Registrada;

PEP: Profilaxia Pós Exposição;

SMO: Serviço Médico Ocupacional;

NR: Norma Regulamentadora;

PGRSS: Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde;

RDC: Resolução de Diretoria Colegiada;

RSS: Resíduos de Serviços de Saúde;

SESMT: Serviço Especializado de Segurança e Medicina do Trabalho;

SHL: Serviço de Higiene e Limpeza;

MTR: Manifesto de Transporte de Resíduos;

FEAM: Fundação Estadual do Meio Ambiente;

COVID-19: Corona Vírus Disease.

1. INTRODUÇÃO

Os Resíduos de Serviços de Saúde (RSS), comumente associados à denominação à "LIXOHOSPITALAR", representam uma fonte de riscos à saúde e ao meio ambiente, devido principalmente à falta de adoção de procedimentos técnicos adequados no manejo das diferentes frações sólidas e líquidas geradas como materiais biológicos contaminados, objetos perfuro cortantes, peças anatômicas, inflamáveis e radioativas. O Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS) é um documento legal que visa estabelecer normas que proporcionam condições seguras à saúde do trabalhador, à saúde pública e à preservação do meio ambiente minimizando a geração de resíduos. Está ancorado na RDC ANVISA Nº222/18, RESOLUÇÃO CONAMA Nº 358/05 e LEI Nº 12.305/2010. A

aplicação e a sustentação do PGRSS são imprescindíveis, uma vez que o sucesso do programa está fortemente centrado na mudança de atitudes de todos os profissionais da unidade geradora. O manejo inadequado dos RSS pode causar situações de risco ambiental, podendo gerar doenças e perda da qualidade de vida à população que, direta ou indiretamente, chegue a ter contato com o material descartado de forma incorreta. Os RSS podem abrigar organismos produtores de doenças, tornarem-se poluentes do ar e da água e apresentar sérios riscos à segurança, tanto para o público em geral como para os profissionais envolvidos em seu manejo. A divulgação e adesão ao PGRSS são fundamentais para a conscientização e difusão das ideias e atitudes que o sustentarão, assim como a capacitação dos colaboradores de cada setor que deverão atuar como multiplicadores.

2. OBJETIVOS

- Promover a informação sobre a problemática dos RSS, contribuindo para a redução dos riscos relacionados com o manejo interno, transporte e disposição final inadequados, e assim divulgar um conhecimento a respeito do impacto ambiental que podem causar estes resíduos;

- Orientar todo o pessoal que, com diferentes tarefas, intervém no processo de gerenciamento dos RSS, desde sua geração até a disposição final, otimizando a capacidade operacional envolvida;
- Envolver os profissionais dos estabelecimentos de saúde num processo de sensibilização e aprofundamento sobre o tema RSS e sua relação com o meio ambiente;
- Contribuir para o fortalecimento das legislações e normas existentes relacionadas com os RSS e fornecer orientações comuns em escala nacional, para facilitar a homogeneização dos princípios e critérios utilizados no processo de gerenciamento;
- Relacionar os impactos ambientais causados pelos RSS dentro de um processo de gerenciamento ambiental racional e sustentável;
- Orientar a implementação dos Planos de Gerenciamento de Serviços de Saúde (PGRSS);
- Relacionar os equipamentos e os materiais necessários para implementar o processo de segregação, coleta, transporte, armazenamento, tratamento e destino final dos resíduos gerados nos estabelecimentos de saúde.
- Atender as legislações vigentes (RDC nº 222/2018 de março de 2018 e Resolução CONAMA 358 de 29 de Abril de 2005);
- Minimizar a geração de resíduos na fonte;
- Reduzir o volume e toxidade na geração dos resíduos;
- Adequar à segregação na origem**;**
- Contribuir para minimizar e controlar os riscos de acidentes de trabalho;
- Controlar e reduzir riscos ao meio ambiente;
- Controlar e reduzir riscos para a saúde pública;
- Contribuir para a qualidade da higiene em unidades de saúde, com enfoque no controle de infecção relacionada à assistência à saúde;
- Assegurar a manutenção e a operação dos resíduos, buscando a melhoria contínua do PGRSS;
- Promover a educação ambiental.

O manejo adequado dos RSS pode apresentar um alto custo numa primeira fase, mas em longo prazo torna-se economicamente viável, reduzindo os custos com os acidentes de trabalho e as enfermidades provocadas. Além disso, tem como propósito convergir na defesa de 3 direitos fundamentais da população:

- Que todas as pessoas possam usufruir dos estabelecimentos de saúde sem correr o risco de contrair infecções;
- Que os trabalhadores dos estabelecimentos de saúde cumpram suas tarefas em condições de segurança;
- Que toda a comunidade possa viver em um ambiente saudável.

3. APLICAÇÃO

O PGRSS aplica-se a todos os setores do Hospital e equipe multidisciplinar. O manejo inadequado dos RSS não só pode criar situações de risco, como também ameaçar a saúde da comunidade, colaboradorese profissionais dos estabelecimentos de saúde e de limpeza urbana, principalmente no manuseio com os perfuro cortantes, resíduo infectante e químico, além dos riscos para o meio ambiente.

4. IMPACTO NA SAÚDE E NO AMBIENTE

Vários são os agravos relacionados aos resíduos sólidos que podem causar efeitos indesejáveis com possível repercussão na saúde. Embora do ponto de vista sanitário a importância dos resíduos sólidos como causa direta de doenças não esteja com provada, com o fator indireto, os resíduos sólidos exercem grande importância na transmissão de doenças como, por exemplo, por meio de artrópodes (moscas, mosquitos, baratas, etc.) e roedores, que encontram, nos resíduos sólidos, alimento e condições adequadas para proliferação.

Gerados e manejados de forma inadequada no ambiente, os resíduos sólidos podem contribuir para a poluição biológica, física e química do solo, da água (subterrânea e superfícies) e do ar, submetendo as pessoas às variadas formas de exposição ambiental, além do contato direto ou indireto com vetores biológicos e mecânicos. Os resíduos de Serviços de Saúde, apesar de representarem uma pequena parcela dos resíduos sólidos, são compostos por diferentes frações geradas nos estabelecimentos de saúde, compreendendo desde os materiais perfuro cortantes contaminados com agentes biológicos, peças anatômicas, produtos químicos tóxicos e materiais perigosos (solventes, quimioterápicos ,produtos químicos fotográficos, formaldeído, radionuclídeos, mercúrio, etc.), até vidros vazios, caixas de papelão, papel de escritório, plásticos descartáveis e resíduos alimentares que, se não forem gerenciados de forma adequada, representam fontes potenciais de impacto negativo no ambiente e de disseminação de doenças, podendo oferecer perigo para os trabalhadores dos estabelecimentos de saúde, bem como para os pacientes e para a comunidade em geral.

Por em prática essa nova forma de gerenciamento dos RSS é um grande desafio e exige mudança tanto na compreensão e hábitos dos envolvidos, quanto na concepção e funcionamento do estabelecimento de saúde.

5. IMPACTO INTRAESTABELECIMENTO DE SAÚDE

Nos estabelecimentos de saúde, o gerenciamento inadequado dos RSS pode propiciar aumento donúmero de funcionários acometidos por acidentes de trabalho, principalmente devido ao incorreto acondicionamento dos resíduos perfuro cortantes, além de contribuir para o aumento da incidência de infecção hospitalar.

PRINCIPAIS DEFICIÊNCIAS IDENTIFICADAS NAS PRÁTICAS DE MANEJO DOS RSS SÃO:

- A falta de segregação dos resíduos biológicos, ou sua execução inadequada, aumenta a quantidade de resíduos contaminados. Os resíduos comuns, ao entrarem em contato com os

Contaminados, são contagiados, aumentando o risco para o pessoal que os manuseia e para a população em geral;

- A falta de segregação adequada dos resíduos perfuro cortantes é causa direta do maior número de acidentes;

- A prática de lançar os RSS em vazadouros junto com os resíduos urbanos cria um grave risco para a saúde dos catadores de lixo, para a saúde pública em geral e para o meio ambiente.

PRINCIPAIS PROBLEMAS GERADOS PELO MANEJO INADEQUADO DOS RSS:

- Lesões infecciosas provocadas por objetos perfuro cortantes no pessoal de limpeza hospitalar e nos que manejam resíduos sólido;

- Risco de infecção fora dos hospitais para o pessoal que maneja resíduos sólidos, os recuperadores de materiais do lixo e a população em geral;

- Infecções hospitalares devido ao manejo inadequado de resíduos, entre outras causas.

6. RISCO OCUPACIONAL

O principal objetivo do manejo adequado dos RSS é diminuir os riscos. Entende-se por risco a probabilidade que tem um indivíduo de gerar ou desenvolver efeitos adversos a saúde, sob condições específicas, em situações de perigo próprias do meio. Esta explicação de risco permite definir ameaça e vulnerabilidade como fatores que o compõe:

- A ameaça é qualquer situação que pode representar um perigo, como a presença de RSS contaminados por produtos químicos, radioativos ou agentes patogênicos;
- A vulnerabilidade é representada pelas condições específicas de exposição a uma situação de perigo na qual se encontra o indivíduo (segregação inadequada dos RSS, falta de capacitação, de normas, etc.).

Quanto ao manejo externo, existe um risco inerente à atividade de coleta de resíduos sólidos por parte dos trabalhadores do serviço de limpeza pública, como quedas, ferimentos e cortes, devido à logística de funcionamento da coleta. Tais lesões, quando em contato com os RSS, têm o potencial de contaminação aumentado.

Entre as principais enfermidades ocasionadas pelo manejo incorreto dos RSS contaminados podemos mencionar: hepatite B e C, AIDS, tuberculose e febre tifoide.

7. ASPECTOS LEGAIS

O Conselho Nacional de Meio Ambiente, órgão consultivo e deliberativo do Sistema Nacional de Meio Ambiente, criado por meio da Lei Federal nº 6.938, de 31/08/81, aprovou a Resolução nº 5, em 05/08/93, que dispõe sobre o gerenciamento dos resíduos sólidos oriundos de serviços de saúde, portos, aeroportos, terminais ferroviários e rodoviários. Este PGRSS seguirá as instruções da normatizaçãotécnica composta pela RDC 222/2018 da ANVISA, RESOLUÇÃO CONAMA 358/2005 e DN 15 do CONDEMA. É importante salientar que os Resíduos de Serviços de Saúde não se restringem apenas aos resíduos gerados nos hospitais, mas também a todos aqueles gerados em estabelecimentos como laboratórios patológicos e de análises clínicas, clínicas veterinárias, centros de pesquisas, banco de sangue, consultórios médicos, odontológicos e similares.

8. CLASSIFICAÇÃO DOS RESÍDUOS SÓLIDOS

Os resíduos sólidos podem ser classificados de várias formas:

- Quanto aos riscos potenciais ao meio ambiente: perigosos (classe I) não perigosos (classe II).
- Quanto à origem e natureza: domiciliar, comercial, varrição e feiras livres, serviços de saúde, portos, aeroportos e terminais rodoviários e ferroviários, industriais, agrícolas e resíduos de construção civil.

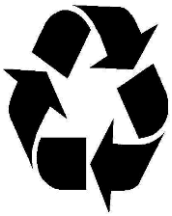
Os resíduos podem ser classificados ainda por sua natureza física (seco ou molhado) e por sua composição química (matéria orgânica e inorgânica). Entretanto, de acordo com a responsabilidade pelo gerenciamento dos resíduos, pode-se agrupá-los em dois grandes grupos:

- O primeiro grupo refere-se aos resíduos sólidos urbanos, compreendido pelos resíduos domésticos ou residenciais; resíduos comerciais; resíduos públicos.
- O segundo grupo, dos resíduos de fontes especiais, abrange: resíduos industriais; resíduos da construção civil; rejeitos radioativos; resíduos de portos, aeroportos e terminais rodoferroviários; resíduos agrícolas; resíduos de serviços de saúde.

9. CLASSIFICAÇÃO DOS RESÍDUOS DE SERVIÇO DE SAÚDE

SÍMBOLOGIA	IDENTIFICAÇÃO POR GRUPO
	**Resíduo do grupo A:** Resíduos com a possível presença de agentes Biológicos que, por suas características, podem apresentar risco de infecção. **A1:** Culturas e estoques de microorganismos; resíduos de fabricação de produtos biológicos, exceto os hemoderivados; descarte de vacinas de microorganismos vivos ou atenuados; meios de cultura e instrumentais utilizados para transferência, inoculação ou mistura de culturas; resíduos de laboratórios de manipulação genética. Resíduos resultantes da atenção à saúde de indivíduos ou animais, com suspeita ou certeza de contaminação biológica por agente da classe de risco 4, microorganismos com relevância epidemiológica e risco de disseminação ou causadores de doença emergente que se torne epidemiologicamente importante ou cujo mecanismo de transmissão seja desconhecido. Bolsas transfusionais contendo sangue ou hemoderivados rejeitados por contaminação ou por má conservação, ou com prazo de validade vencido, e aquelas oriundas de coleta incompleta. Sobras de amostras de laboratório contendo sangue ou líquidos corpóreos, recipientes e materiais resultantes do processo de assistência à saúde, contendo sangue ou líquidos corpóreos na forma livre. **A2:** Carcaças, peças anatômicas, vísceras e outros resíduos provenientes de animais submetidos a processos de experimentação com inoculação de microrganismos, bem como suas forrações, e os cadáveres de animais suspeitos de serem portadores de microrganismos de relevância epidemiológica e com risco de disseminação que foram submetidos ou não a estudo anatomopatológico ou confirmação diagnóstica.

SÍMBOLOGIA	IDENTIFICAÇÃO POR GRUPO
	**A3:** Peças anatômicas (membros) do ser humano; produtos de fecundação sem sinais vitais, com peso menor que 500 gramas ou estatura menor que 25 centímetros ou idade gestacional menor que 20 semanas, que não tenham valor científico ou legal e não tenha havido requisição pelo paciente ou familiares. **A4:** Kits de linhas arteriais, endovenosas e dialisadores, quando descartados. Filtros de ar e gases aspirados de áreas contaminadas; membrana filtrante de equipamentos médico-hospitalar e de pesquisa, entre outros similares. Sobras de amostras de laboratório e seus recipientes contendo fezes, urina e secreções, provenientes de pacientes que não contenham e nem sejam suspeitos de conter agentes classe 4, e nem apresentem relevância epidemiológica e risco de disseminação, ou microrganismos causador de doença emergente que se torne epidemiologicamente importante ou cujo mecanismo de transmissão seja desconhecido ou com suspeita de contaminação com príons. Resíduos de tecido adiposo proveniente de lipoaspiração, lipoescultura ou outro procedimento de cirurgia plástica que gere este tipo de resíduo. Recipientes e materiais resultantes do processo de assistência à saúde, que não contenham sangue ou líquidos corpóreos na forma livre. Peças anatômicas (órgãos e tecidos) e outros resíduos provenientes de procedimentos cirúrgicos ou de estudos anátomopatológicos ou de confirmação diagnóstica. Carcaças, peças anatômicas, vísceras e outros resíduos provenientes de procedimentos de animais submetidos a processos de experimentação com inoculação de microrganismos, bem como suas forrações. Bolsas transfusionais vazias ou com volume residual pós-transfusão. **A5:** Órgãos, tecidos, fluidos orgânicos e demais materiais resultantes da atenção à saúde de indivíduos ou animais, com suspeita ou certeza de contaminação com príons.
	**Resíduo do grupo B:** Resíduos contendo substâncias químicas que podem apresentar risco à saúde pública ou ao meio ambiente, dependendo de sua característica de inflamabilidade, corrosividade, reatividade e toxidade. Produtos hormonais e produtos antimicrobianos; citostáticos;antineoplásicos; imunossupressores; digitálico; imunomoduladores; antirretrovirais, quando descartados por serviços de saúde, farmácia, drogarias e distribuidores de medicamentos ou apreendidos e os resíduos e insumos farmacêuticos dos medicamentos controlados pela Portaria MS 344/98 e suas atribuições.

SÍMBOLOGIA	IDENTIFICAÇÃO POR GRUPO
	Resíduos de saneantes, desinfetantes, desinfetantes; resíduos contendo metais pesados, reagentes para laboratório, inclusive os recipientes contaminados por estes. Efluentes de processadores de imagem (reveladores e fixadores). Efluentes dos equipamentos automatizados utilizados em análises clínicas. Demais produtos considerados perigosos, conforme NBR 10004 da ABNT (tóxicos, corrosivos, inflamáveis e reativos).
	**Resíduo do grupo C:** Rejeitos radioativos. Quais quer materiais resultantes de atividades que contenham radio nucleotídeos em quantidades superiores aos limites de isenção especificados nas normas do CNEN e para os quais a reutilização é imprópria ou não prevista.
	**Resíduo do grupo D:** Não recicláveis: Resíduos que não apresentam risco biológico, químico ou radiológico à saúde ou ao meio ambiente, podendo ser equiparados aos resíduos domiciliares (copos descartáveis, papel toalha, papel de uso sanitário e fralda, absorventes higiênicos, peças descartáveis de vestuário; resto alimentar de pacientes, sobras de alimentos e do preparode alimentos, resto alimentar de refeitório; material utilizado e m antissepsia e, equipamentos de soro e outros similares não classificados como infectante; resíduos provenientes das áreas administrativas; resíduos devarrição, flores, podas e jardins; resíduos de gesso provenientes de assistência à saúde). **Recicláveis:** Papel (exceto documentos confidenciais), papelão, plásticos em geral, sucatas, eletrônicos inativos e outros similares.
	**Resíduo do grupo E:** Materiais perfuro cortantes ou escarificastes, 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; todos os utensílios de vidro quebrados no laboratório (pipetas, tubos de coleta de sangue e placas de Petri) e outros similares.

10. CLASSIFICAÇÃO DOS RESÍDUOS GERADOS NA UNIDADE

IDENTIFICAÇÃO DOS RESIDUOS GERADOS POR SETOR										
LOCAL	**CLASSIFICAÇÃO DE RESÍDUOS POR CLASSE**									
	A1	**A2**	**A3**	**A4**	**A5**	**B**	**C**	**D**	**E**	**CLASSE I**
RECEPÇÃO								X		
FARMÁCIA						X		X		X
SALA VACINA	X			X				X	X	
****										
****										
****										
****										
****										
****										
****										
****										
****										
****										

EM TODO LOCAL QUE GERA RESÍDUO DO GRUPO D (COMUM) PODE HAVER SEPARAÇÃO PARA RECICLAGEM, COM EXCEÇÃO DOS GERADOS NOS SANITÁRIOS;

SEGUNDA NOTA TÉCNICA GVIMS/GGTES/ANVISA N°04/2020, TODO RESÍDUO GERADO NA ASSISTÊNCIA DE PACIENTES CONFIRMADO OU COM SUSPEITA DE COVI-19 DEVEM SER ENQUADRADOS NA CATEGORIA A1 E ACONDICIONADO EM SACOS VERMELHOS.

11. SEGREGAÇÃO E ACONDICIONAMENTO

Em cada um dos serviços do estabelecimento da saúde, os responsáveis pela prestação de serviços (médicos, enfermeiros, técnicos, laboratoristas, auxiliares, etc) descartam materiais como algodões, seringas usadas, papéis e amostras de sangues. Também os pacientes ou visitantes descartam resíduos

de vários tipos. Estes materiais devem ser separados de acordo com a classificação estabelecida na RCD n° 222/2018, em recipientes adequados para cada tipo de resíduo.

Esta operação deve ser realizada na fonte de geração destes resíduos.

A correta segregação dos RSS é condição básica para o êxito ou fracasso do processo do manejo em seu conjunto. Apesar da responsabilidade pela segurança recair principalmente sobre os diretores, supervisores e enfermeiros encarregados dos diferentes serviços, 80% da segregação é realizada por médicos, enfermeiros e auxiliares.

Estes três níveis de trabalhadores dos estabelecimentos de saúde estão mais expostos a riscos de acidentes derivados do manejo dos RSS. Por esse motivo, eles são os primeiros que devem ser sensibilizados a respeito do risco ocupacional e de como este diminui na direta proporção de um melhor manejo dos RSS.

VANTAGENS DE PRÁTICAS ADEQUADAS DE SEGREGAÇÃO:

- Reduzir riscos para a saúde, impedindo que os resíduos com risco biológico (GRUPO A), que geralmente são frações pequenas, contaminem os outros resíduos gerados no estabelecimento de saúde;
- Diminuir custos, pois será encaminhada para tratamento especial apenas uma fração dos resíduos gerados;
- Permitir que alguns produtos dos resíduos comuns possam ser reutilizados ou reciclados.
- Com base na categoria de resíduos, segundo a classificação adotada e o estado físico dos resíduos específicos, determinam-se os tipos de recipientes mais apropriados e os procedimentos mais adequados para realizar a segregação.

A separação correta dos resíduos gerados na unidade é criteriosa, permitindo o tratamento diferenciado, e a racionalização de recursos despendidos, além de facilitar a reciclagem. Os recipiente para segregação dos resíduos na unidade são definidos por identificação na tampa contendo sacolas coloridas como mostra o quadro abaixo.

COR DA SACOLA	TIPO DE RESÍDUO
BRANCA LEITOSA	BIOLÓGICOS
LARANJA E OU DESCARPACK	QUÍMICO
AMARELA (DESCARPACK)	PÉRFURO - CORTANTE
PRETA	COMUM NÃO RECICLÁVEIS
VERMELHO	COVID -19

A substituição das sacolas é realizada pelos colaboradores do serviço de higienização e limpeza diariamente ou quando alcançam 2/3 do volume. Os resíduos perfuro cortantes, do grupo E, são descartados em seu local de geração, em caixas próprias, rígidas, resistentes à punctura, ruptura e vazamento, identificadas com o símbolo de resíduo infectante e com o registro “PÉRFURO-
CORTANTE”. Os recipientes são substituídos quando atingem 2/3 de sua capacidade e acondicionados em saco branco leitoso com símbolo de resíduo infectante.

“As agulhas descartáveis devem ser desprezadas juntamente com as seringas, quando descartadas, sendo proibido reencapá-las ou proceder a sua retirada manualmente” (ANVISA, 2004).”

12. ARMAZENAMENTO TEMPORÁRIO

O local deve ser sinalizado, ventilado e de fácil acesso ao setor higienização e limpeza, não sendo permitida a entrada de pessoas não autorizadas, bem como a utilização desta área para outros fins.
A sala de expurgo deve conter também a identificação com a inscrição "ABRIGO TEMPORÁRIO DE RESÍDUOS".

13. COLETA E TRANSPORTE INTERNO

A coleta e transporte interno dos RSS consistem no translado dos resíduos dos pontos de geração até o local destinado ao armazenamento temporário e/ou expurgo, como objetivo principal de garantir a

movimentação planejada dos resíduos nas áreas de circulação interna do hospital, sem oferecer riscos aos funcionários, pacientes e visitantes.

Os RSS gerados são depositados temporariamente em lixeira, identificada, no próprio setor, dentro das dependências da unidade e posteriormente são recolhidos e encaminhados para o abrigo externo.

OS FUNCIONÁRIOS RESPONSÁVEIS PELA COLETA USAM OS EPIs NECESSÁRIOS PARA REALIZAÇÃO DESTA ATIVIDADE (BOTA DE BORRACHA, LUVAS E MÁSCARAS PFF2 QUANDO NECESSÁRIO).

14. COLETA E TRANSPORTE EXTERNO

Os resíduos armazenados nos abrigos temporários e ou expurgo são coletados diariamente, tendo em vista que um armazenamento por um tempo superior a dois dias, mesmo separado, aumenta o risco de contaminação ambiental e a propagação de infecções.

Os Auxiliares de higienização e limpeza da unidade, realizam o transporte dos resíduos para o abrigo externo através de carrinhos rígidos, com tampa e rodas. Para que não ocorra cruzamento dos resíduos durante o transporte de refeições, roupa limpa e materiais esterilizados, os auxiliares SHL segue cronograma coleta preestabelecido em documento institucional.

15. ABRIGO EXTERNO

Consiste no armazenamento no próprio estabelecimento de saúde, em local identificado e específico para esse fim. O abrigo externo tem como objetivo principal garantir a guarda dos RSS em condições seguras até a realização da coleta final. O acesso aos abrigos é restrito aos colaboradores responsáveis pelo serviço de higienização e limpeza. São estruturados conforme a legislação vigente, permitindo desta forma a higienização e desinfecção dos abrigos após cada coleta externa. O abrigo de resíduos externo é composto de 4 compartimentos, sendo um para resíduos infectante, um para resíduos comum, um para químico e um para resíduos reciclável.

Estes compartimentos são revestidos internamente com piso e paredes laváveis e possuem 1 ponto de água para a higienização da área, o acesso aos abrigos são restrito aos colaboradores responsáveis pelo serviço de higienização e limpeza.

Todos os resíduos, são depositado em contêiner ou palites separados por grupos.

O LOCAL ONDE SÃO ARMAZENADO OS RSS DEVE CUMPRIR OS SEGUINTES REQUISITOS:

- Os RSS devem ser armazenados, no próprio estabelecimento de saúde, em locais específicos para esse fim;
- O armazenamento externo dos diversos grupos dos RSS pode estar em pontos separados ou na mesma área, desde que a divisão entre eles estejam perfeitamente delimitada para evitar mistura ou focos de contaminação;
- Estar localizado de modo que o transporte dos RSS não cruze com o de outros serviços, como cozinha, lavanderia, materiais esterilizados, etc;
- Ter pisos e paredes lisas, impermeáveis, de cor clara, com ângulos de encontro entre pisos e paredes chanfrados;
- O piso deve ter declividade de 2% até o ralo para facilitar a lavagem e desinfecção;
- Todos os orifícios devem ser protegidos com telas para evitar o ingresso de insetos, roedores e pássaros;
- Estar provido de ponto de água e equipamento necessário para a limpeza e desinfecção do pessoal e das estruturas físicas;
- Estar convenientemente iluminado e possuir sistema de ventilação natural e/ ou mecânica;
- Estar protegido da radiação solar;
- Possuir vedação nas portas para dificultar o acesso de vetores;
- O local de armazenamento e os carros de transporte interno devem ser lavados a cada retirada dos RSS.

16. TRATAMENTOS PRÉVIOS

Não haverá tratamento prévio, visto que todos os resíduos infectantes, químicos e perfuro cortante são tratados pela empresa terceirizada, onde serão incinerados.

17. TRANSPORTE FINAL

Consiste na remoção dos RSS do abrigo externo até a unidade de tratamento ou disposição final, pela utilização de técnicas que garantam a preservação das condições de acondicionamento e a integridade dos trabalhadores, da população e do meio ambiente.

A COLETA E O TRANSPORTE FINAL SÃO REALIZADOS POR TERCEIROS COMO MOSTRA O QUADRO ABAIXO.

GRUPO	TIPO DE RESÍDUO	PERIODICIDADE	HORÁRIO	VEÍCULO	EMPRESA COLETOR(A)
Grupo A	Biológico	***	***	***	***
Grupo E	Perfuro cortante	***	***	***	***
Grupo B	Químico	***	***	***	***
Grupo D	Comum não reciclável	***	***	***	***
	Comum reciclável	***	***	***	***
Classe I	Eletrônicos; Pilhas; Lâmpadas.	***	***	***	***

Durante a coleta externa o colaborador do serviço de higienização e limpeza acompanha o início e término da pesagem dos resíduos, verificando juntamente a empresa contratada o peso dos resíduos coletados, emitindo então Manifesto de Transporte de Resíduos (MTR). Após a coleta externa dos resíduos, o serviço de higienização são responsáveis por realizar limpeza e desinfecção dos abrigos.

18. TRATAMENTO FINAL

O tratamento consiste na aplicação de processos térmicos, químicos ou biológicos, de eficiência comprovada, visando descontaminar, desinfetar ou esterilizar os resíduos infectantes e químicos, com alterações das suas características

Biológicas, químicas ou físicas e com a finalidade de minimização dos riscos à saúde pública e ao meio ambiente.

Os resíduos dos grupos A, B e E são submetidos ao tratamento térmico, isto é, ao processo de incineração por empresa contratada especializada.

Os resíduos do grupo D não são submetidos a tratamento, pois conforme a legislação vigente é dispensável tal processo. Seguem para disposição final em aterro sanitário, sendo realizado pelo município, ou quando permitido para reciclagem.

19. CONTROLE DE PRAGAS E VETORES

Tendo em vista que determinados locais, como estabelecimentos de assistência à saúde são mais propensas a surgimento de pragas e vetores, o combate é realizado mensalmente através de desinsetização e desratização, por uma empresa especializada terceirizada:

Empresa: ***

CNPJ: ***

São Utilizados produtos que atuam nas seguintes pragas: baratas, formigas, roedores, mosquitos, pernilongos, e outros semelhantes.

O SETOR RESPONSÁVEL POR ACOMPANHAR ESTA AÇÃO É A MANUTENÇÃO E SHL, SENDO O SCIH RESPONSÁVEL PELO MONITORAMENTO ATRÁVES DA VALIDAÇÃO DO PROCESSO.

20. HIGIENE, SAÚDE E SEGURANÇA OCUPACIONAL

O serviço especializado em engenharia de segurança e medicina do trabalho (SESMT) é o responsável zelar pela segurança e pela saúde dos colaboradores, buscando reduzir ou eliminar os riscos existentes no ambiente laboral. Para que esta ação seja efetiva são elaborados alguns documentos para mapear riscos e indicar ações de prevenção e promoção à saúde dos trabalhadores, segue abaixo os principais:

- Programa de Gerenciamento de Riscos (PGR) que tem como objetivo levantar os riscos ocupacionais existentes de acordo com o cargo e função dos colaboradores. O PGR indicamedidas a serem executadas de forma a garantir a preservação da integridade do colaborador.
- Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional (PCMSO), que possui como base os riscos identificados no PGR, tem como objetivo implementar as medidas de promoção e prevenção da saúde e de integridade física dos trabalhadores tendo como base os exames ocupacionais.

Temos também como base a norma regulamentadora 32 que estabelece as diretrizes básicas para a implementação de medidas de proteção à segurança e à saúde dos trabalhadores em serviço de saúde, as quais são observadas e cumpridas pelo Hospital de Clínicas Sul.

O Serviço de Comissão de Controle de Infecção atua em parceria com os programas de segurança e saúde do trabalhador, reforçando e conscientizando as boas práticas para higienização das mãos a fim de prevenir as infecções cruzadas e preservando também a saúde ocupacional dos colaboradores e equipe multidisciplinar.

21. IMUNIZAÇÃO

A imunização ocupacional tem como objetivo realizar a prevenção das doenças que interferem diretamente na capacidade produtiva do trabalhador, prevenir doenças frequentemente encontradas na

comunidade e que podem afetar o trabalhador em seu ambiente de trabalho, reduzir as doenças infecciosas e suas graves consequências, promovendo assim a saúde do trabalhador.

Atendendo às exigências da norma regulamentadora 32 e ao PCMSO, foram implementadas ações de controle da vacinação dos colaboradores, para que seja feito o exame ocupacional admissional o candidato deverá apresentar o cartão de vacina atualizado contendo as vacinas

Hepatite B, dT (Difteria Tétano), Triviral (Sarampo, Caxumba e Rubéola) e Covid 19.

Posteriormente é feito o controle e acompanhamento da situação vacinal dos colaboradores fica sob responsabilidade do técnico em segurança do trabalho e SCIH da unidade.

22. EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL

O uso dos Equipamentos de Proteção Individual (EPI's) é de suma importância por todo e qualquer colaborador envolvido em alguma das etapas do processo de gerenciamento dos RSS.

Os colaboradores do serviço de higiene e limpeza estão envolvidos diretamente nas atividades de manejo dos resíduos, sendo assim são capacitados quanto a adequada utilização dos EPI's: luva de borracha de cano médio, capote, manga e/ou avental impermeável, máscara, botas antiderrapantes cano longo e óculos de proteção. Os EPI's são higienizados a cada processo e guardados em locais apropriados.

23. CAPACITAÇÃO E TREINAMENTO

Implementar um PGRSS significa, além de elaborar o referido plano, promover treinamentos continuados para todos os envolvidos no trato dos resíduos. Por diferentes razões, a redução e a segregação dos Resíduos de Serviços de Saúde representam a chave do sucesso no gerenciamento desses resíduos. É nesta etapa que intervém um grande número de pessoas, a maior parte delas ocupadas em atender o paciente, muitas vezes em condições de urgência. Para os médicos, enfermeiras e auxiliares, os resíduos gerados podem parecer um aspecto de pouca importância, a menos que tenham sido capacitados.

Na realidade, a segurança e o bem estar do pessoal que maneja os RSS dependem, em boa parte, da capacitação e motivação dos médicos, enfermeiros, pacientes e de todos que interage na geração desses resíduos.

É importante lembrar que os colaboradores da limpeza, que tem acesso a todas as seções do estabelecimento de saúde, deve se sentir parte importante da equipe e deverá receber uma cuidadosa capacitação para entender como a limpeza é fator importante no tratamento do paciente. A fim de formar uma consciência coletiva, a elaboração do PGRSS deverá incluir a capacitação do pessoal direta e indiretamente envolvido com os RSS, para que sejam conhecido todos os métodos utilizados e ospossíveis riscos ao ambiente de trabalho e ao meio ambiente.

A capacitação e treinamento referentes ao PGRSS são realizados de forma inicial e continua para todos os colaboradores.

Inicial: Treinamento “introdutório”, isto é, todo e qualquer colaborador admitido na instituição deverá participar da capacitação sobre o tema no primeiro dia de trabalho.

Periódico: Realização de campanha 1 vez ao ano.

“A capacitação reduz os acidentes de trabalho, diminui os custos operacionais e aumenta a eficiência do serviço.”

24. MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

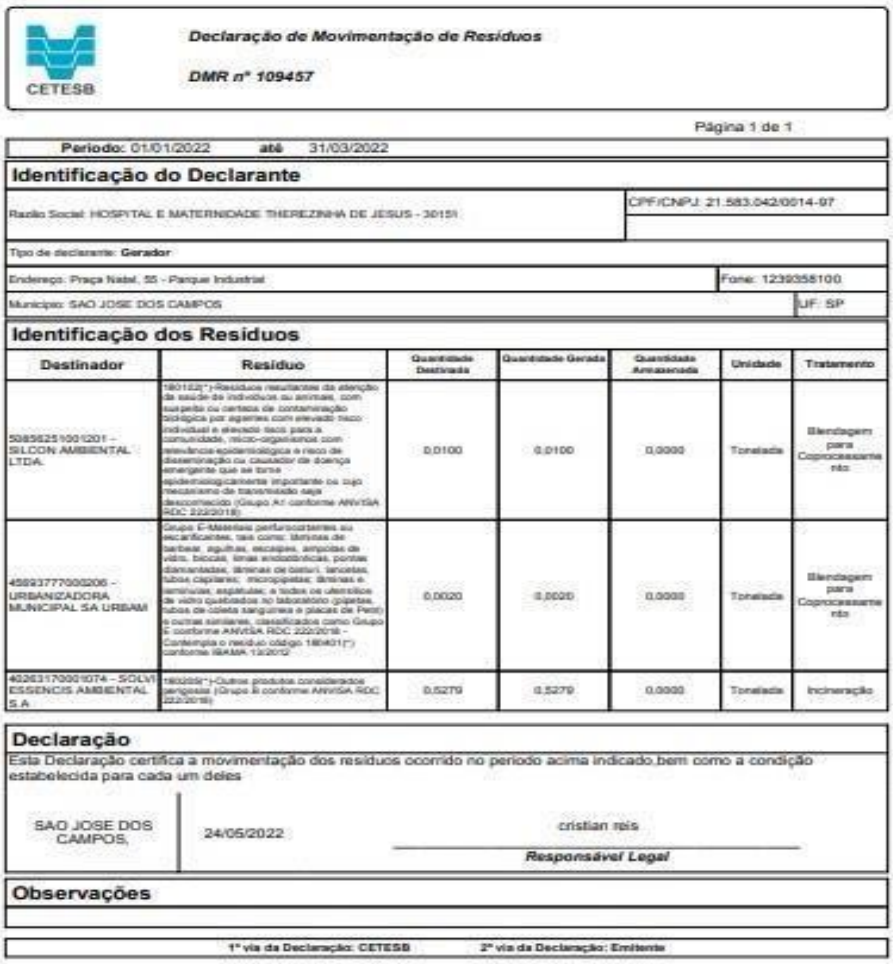
O monitoramento visa checar e avaliar periodicamente se o PGRSS está sendo executado através de ronda realizada semanal pelos membros do PGRSS que tem coparticipação neste monitoramento, durante as visitas técnicas os membros do serviço, verificam o cumprimento do PGRSS na instituição.

O volume dos resíduos gerados na unidade são controladores e monitorados por grupos através de pesagem realizada pelos auxiliares SHL, e os resíduos comum e de saúde, são recolhidos pela empresa terceirizada, o quantitativo são lançados na plataforma de controle da SIGOR - Sistema

Estadual de Gerenciamento Online de Resíduos Sólidos cada coleta realizada, gerando assim o Manifesto de Transporte de Resíduos – MTR.

Portaria nº 280, de 29 de junho de 2020 "regulamenta os Arts. 56 e 76 do decreto nº 7.404, de 23 de dezembro de 2010, e o art. 8º do decreto nº 10.388, de 5 de junho de 2020, institui o manifesto de transporte de resíduos - MTR nacional, como ferramenta de gestão e documento declaratório de implantação e operacionalização do plano de gerenciamento de resíduos, dispõe sobre o inventário nacional de resíduos sólidos e complementa a portaria nº 412, de junho de 2019."

DECLARAÇÃO DE MOVIMENTEÇÃO DE RESÍDUOS DE SERVIÇO DE SAÚDE



CETESB

Declaração de Movimentação de Resíduos

DMR nº 109457

Página 1 de 1

Período: 01/01/2022 **até** 31/03/2022

Identificação do Declarante

Razão Social: HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS - 3015\ | CPF/CNPJ: 21.583.042/0014-97

Tipo de declarante: **Gerador**

Endereço: Praça Natal, 55 - Parque Industrial | Fone: 1239358100

Município: SAO JOSE DOS CAMPOS | UF: SP

Identificação dos Resíduos

Destinador	Resíduo	Quantidade Destinada	Quantidade Gerada	Quantidade Armazenada	Unidade	Tratamento
50856251001201 - SILCON AMBIENTAL LTDA	180102(*)-Resíduos resultantes da atenção da saúde de indivíduos ou animais, com suspeita ou certeza de contaminação biológica por agentes com elevado risco individual e elevado risco para a comunidade, micro-organismos com relevância epidemiológica e risco de disseminação ou causador de doença emergente que se torna epidemiologicamente importante ou cujo mecanismo de transmissão seja desconhecido (Grupo A1 conforme ANVISA RDC 222/2018)	0,0100	0,0100	0,0000	Tonelada	Blendagem para Coprocessamento
45893777000206 - URBANIZADORA MUNICIPAL SA URBAM	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, classificados como Grupo E conforme ANVISA RDC 222/2018 - Contempla o resíduo código 180401(*) conforme IBAMA 13/2012	0,0020	0,0020	0,0000	Tonelada	Blendagem para Coprocessamento
40263170001074 - SOLVI ESSENCIS AMBIENTAL S.A	180205(*)-Outros produtos considerados perigosos (Grupo B conforme ANVISA RDC 222/2018)	0,5279	0,5279	0,0000	Tonelada	Incineração

Declaração

Esta Declaração certifica a movimentação dos resíduos ocorrido no período acima indicado bem como a condição estabelecida para cada um deles

SAO JOSE DOS CAMPOS, 24/05/2022

cristian reis

Responsável Legal

Observações

1ª via da Declaração: CETESB | 2ª via da Declaração: Emitente

25. REFERÊNCIAS

Resolução da Diretoria Colegiada, RDC 222, ANVISA, de 28 de Março de 2018. Dispõe sobre os procedimentos de petição e arrecadação eletrônica no âmbito da Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA e de suas Coordenações Estaduais e Municipais de Vigilância Sanitária e dá outras providências.

Resolução CONAMA N° 358 de 29/04/05. Dispõe sobre o tratamento e a disposição final dos resíduos dos serviços de saúde e dá outras providências.

PORTARIA Nº 280, DE 29 DE JUNHO DE 2020 Regulamenta os arts. 56 e 76 do Decreto nº 7.404, de 23 de dezembro de 2010, e o art. 8º do Decreto nº 10.388, de 5 de junho de 2020, institui o Manifesto de Transporte de Resíduos - MTR nacional, como ferramenta de gestão e documento declaratório de implantação e operacionalização do plano de gerenciamento de resíduos, dispõe sobre o Inventário Nacional de Resíduos Sólidos e complementa a Portaria nº 412, de 25 de junho de 2019.

RESPONSÁVEL TÉCNICO PELA ELABORAÇÃO DO PGRSS

_____

Nome: Laiane Reis

Cargo/função: Engenheira Ambiental

Registro profissional: CREA - MG 282849

COORDENADOR ADMINISTRATIVO

_____

Nome: ***

Cargo/função: Coordenador Administrativo

RESPONSÁVEL PELO SERVIÇO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR

_____

Nome: ****

Cargo/função: Enfermeira SCIH

Registro profissional: *****

ANEXO I

PROGRAMA DE TREINAMENTOS

O serviço deve manter um programa de educação continuada para os trabalhadores e todos os envolvidos nas atividades de gerenciamento de resíduos, mesmo os que atuam temporariamente, que contemplem os seguintes temas:

I - sistema adotado para o gerenciamento dos RSS;

II - prática de segregação dos RSS;

III - símbolos, expressões, padrões de cores adotadas para o gerenciamento de RSS;

IV - localização dos ambientes de armazenamento e dos abrigos de RSS;

V - ciclo de vida dos materiais;

VI - regulamentação ambiental, de limpeza pública e de vigilância sanitária, relativas aos RSS;

VII - definições, tipo, classificação e risco no manejo dos RSS;

VIII - formas de reduzir a geração de RSS e reutilização de materiais;

IX - responsabilidades e tarefas;

X - identificação dos grupos de RSS;

XI - utilização dos coletores dos RSS;

XII - uso de Equipamentos de Proteção Individual (EPI) e Coletiva (EPC);

XIII - biossegurança;

XIV - orientações quanto à higiene pessoal e dos ambientes;

XV - orientações especiais e treinamento em proteção radiológica quando houver rejeitos radioativos;

XVI - providências a serem tomadas em caso de acidentes e de situações emergenciais;

XVII - visão básica do gerenciamento dos resíduos sólidos no município ou Distrito Federal;

XVIII - noções básicas de controle de infecção e de contaminação química; e

XIX - conhecimento dos instrumentos de avaliação e controle do PGRSS.

CRONOGRAMA DE REUNIÃO

DIA	HORÁRIO	LOCAL
*****	*****	****

ASSINATURA DOS MEMBROS DA COMISSÃO

10.2.1: ÁREA DE ATIVIDADE

IMPLANTAÇÃO DE FLUXOS INDIVIDUALIZADA AO PERFIL DA UNIDADE DE SAÚDE (A FORMA DE APRESENTAÇÃO SERÁ CONSIDERADA LEVANDO-SE EMCONTA A CLAREZA EENTENDIMENTO DO FLUXO

Implantação da Logística de Suprimentos

IMPLANTAÇÃO DE LOGÍSTICA DE SUPRIMENTOS

A logística de suprimentos proposta a seguir para o Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado - HERSO a segue os preceitos da OSS HMTJ, sendo constituída pelo planejamento de compras de materiais e medicamentos, rede de fornecedores, serviço de transporte, armazenamento, plano de contingência para desabastecimento, serviço de movimentação interna e rede de unidades de atendimento.

O objetivo básico do setor de suprimentos da unidade consiste em colocar os recursos materiais necessários ao processo produtivo, principalmente a assistência farmacêutica, com qualidade e padrões determinados, em quantidades adequadas, no tempo correto e com o menor custo.

O processo de produção de um hospital é muito complexo, podendo-se considerar como uma das mais intrincadas unidades de trabalho, porquanto ele constitui um centro de interação de várias disciplinas e profissões, incorporando tecnologias e gerando um modelo assistencial com uma variedade enorme de itens e graus de diversidade. Tudo isto para ser capaz de atender inúmeros procedimentos médico-hospitalares.

Objetivos: Padronizar o processo de gestão de suprimentos, melhorar o desempenho dos processos de aquisição de insumos, além de desenvolver estratégias para alinhar os fornecedores aos objetivos da organização.

Abrangência: Setor de Suprimentos e Todas as Unidades da OSS HMTJ.

A Gestão de Suprimentos da Organização Social de Saúde Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus deve atender à demanda de aquisição de forma planejada, integrada, eficaz e transparente e será orientada pelas seguintes diretrizes:

- Integração das unidades da OSSHMTJ, para que se tornem alinhadas às estratégias empresariais, no que se refere aos processos relacionados nesta política;
- Adequação às especificidades de cada unidade para a efetiva operacionalização desta política, fornecendo o suporte organizacional apropriado, de modo que a cadeia de suprimento opere dentro de um padrão de competência compatível com a responsabilidade da OSSHMTJ.

- ❖ Simplificação dos procedimentos de aquisição, visando à redução dos custos e tempos associados, realizando as melhorias necessárias nos processos correspondentes;
- ❖ Melhoria contínua dos processos de trabalho da cadeia de suprimento, por meio da racionalização dos métodos e do Sistema de Gestão da Qualidade;

A Gestão de Suprimentos das Unidades da Organização social de Saúde Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus será operacionalizada pelos seguintes processos:

1. Padronização de Materiais e Medicamentos

- Os materiais e Medicamentos utilizados na OSSHMTJ são validados pela Comissão de Padronização. A padronização tem como objetivos principais: a otimização do atendimento ao paciente através da seleção racional de medicamentos, a maior facilidade de vigilância farmacológica; a redução no custo da terapêutica, sem prejuízos para a segurança e a efetividade do tratamento;
- Sempre que detectado desvio de qualidade em materiais e medicamentos, os setores assistenciais devem imediatamente preencher o "Comunicado de Produto não conforme" e encaminhá-lo ao setor de suprimentos.
- Após a avaliação dos produtos não conformes e deferimento a favor da suspensão da aquisição do produto, o responsável pelo setor de suprimentos deverá informar no apoio cotação no nome do produto que o item em questão não deverá ser cotado.
- Periodicamente, os formulários de produtos não conformes deverão ser encaminhados à Comissão de Padronização de Materiais e Medicamentos para rever a padronização do mesmo.
- Os materiais e medicamentos não padronizados deverão ser solicitados via formulário de "Requisição de Compra" com a devida justificativa e aprovação do Diretor Técnico da OSS HMTJ.

2. Seleção e Qualificação de Fornecedores

- A Organização seleciona fornecedores para produtos com base na capacidade destes em atender os requisitos estabelecidos.
- Os fornecedores selecionados e qualificados devem ser definidos conforme especificação das normas de qualidade da Organização Nacional de Acreditação, NBR ISO 9001:2015 e atendimentos às especificações legais.

- Nenhum fornecedor poderá ser cadastrado apresentando pendência em relação aos documentos listados abaixo:

1 . Contrato Social ou alteração

2. Cartão CNPJ
3. Inscrição Estadual
4. Alvará Sanitário
5. Certificado de responsabilidade técnica (quando aplicável).
6. AFE – ANVISA (quando aplicável).

Obs: O certificado de boas práticas é exigido apenas para os fabricantes.

Os documentos dos fornecedores qualificados, que têm validade definida, deverão ser gerenciados pelo Software RM Nucleus, onde são gerados relatórios de vencimentos dos mesmos. O responsável pelo monitoramento deverá solicitar ao fornecedor a atualização do documento 30 dias antes do vencimento.

O resultado da qualificação do fornecedor terá as seguintes classificações:

1. **Aprovado** – quando o fornecedor atender todas as exigências contidas no formulário de seleção de fornecedores.
2. **Com restrição** – quando o fornecedor apresentar alguma documentação legal desatualizada.
3. **Reprovado** – quando o fornecedor deixar de apresentar alguma documentação legal.

- Para o fornecedor que for selecionado com restrição, o setor de suprimentos deve notificá-lo, concedendo prazo de até 90 (noventa) dias para regularização da restrição.
- Para o fornecedor reprovado, o mesmo será comunicado através do e-mail, solicitando a regularização para participar das futuras cotações. Quando o fornecedor regularizar a situação, o setor de suprimentos deve emitir novo formulário.
- Os fornecedores qualificados na Plataforma Apoio Cotações devem ser controlados através dos critérios para qualificação exigidos no ato do cadastro na plataforma.

Os documentos dos fornecedores que participam da plataforma Apoio Cotações ficam arquivados no servidor desta plataforma e o mesmo é acessado diretamente pelo site. O monitoramento da qualificação do fornecedor é feito pela própria empresa Apoio Cotações.

Caso o fornecedor tenha algum documento vencido, ele será notificado pela Apoio Cotações e seu status no site ficará como "Documento não encontrado". Se o fornecedor não apresentar a documentação solicitada em 30 dias, o mesmo será bloqueado na plataforma.

3. Aquisição

- Os levantamentos de necessidades de aquisição de insumos na OSSHMTJ são de responsabilidade dos gestores de cada unidade, os quais devem utilizar ferramentas de gestão de estoque para análise de histórico e previsão de demanda.
- As decisões de aquisição devem levar em consideração a variação demanda da unidade, os relatórios de consumo e estoque e os recursos financeiros disponíveis.
- Os setores responsáveis pelo levantamento de necessidade de compras estão descritos na tabela abaixo:

Insumos	Responsável
Medicamentos	Farmácia
Materiais Hospitalares e de Expediente	Almoxarifado
Equipamentos Médico Hospitalares	Engenharia Clínica
Materiais de Higiene e Limpeza	Serviço de Higiene e Limpeza/Coordenação de Apoio
Materiais de Manutenção predial	Serviço de Manutenção Predial/Coordenação de Apoio
Nutrição	Serviço de Nutrição e Dietética/Coordenação

Todas as solicitações de compras devem ser validadas pelos gestores responsáveis da OSSHMTJ conforme apresentado abaixo:

Insumos	Aprovação
Medicamentos e Materiais hospitalares	Farmacêutico Central
Materiais de Expediente	Gerente de Apoio e Logística
Equipamentos Médico Hospitalares	Gerente de Apoio e Logística
Materiais de Higiene e Limpeza	Gerente de Apoio e Logística
Materiais de Manutenção predial	Gerente de Apoio
Nutrição	Gerente de Nutrição

✓ O coordenador administrativo da unidade tem autonomia para realizar compras de insumos e serviços com verba mensal disponível no valor de R$ 1500,00, utilizando para tal o "caixinha da unidade", em caso de necessidade.

✓ As compras com valores superiores a R$ 1500,00 só poderão ser realizadas mediante solicitação ao setor de suprimentos. Salvo em casos de aquisições com autorização assinada pela Direção Administrativa da OSSHMTJ.

✓ O coordenador de Compras da OSSHMTJ tem autonomia para aprovação de aquisição de insumos no valor de até R$ 10.000,00.

✓ O Gerente de Compras da OSSHMTJ tem autonomia para aprovação de aquisição de insumos no valor de até R$ 20.000,00.

✓ As compras referentes a recursos de investimentos deverão ter a autorização da Diretoria Administrativa e Técnica.

✓ As solicitações de compras são realizadas pelos gestores das unidades conforme a necessidade de aquisição. A ferramenta utilizada para solicitação de compras em todas as unidades da OSSHMTJ é o Software RM Nucleus.

✓ No sistema são informados todos os dados referentes à solicitação: A descrição da unidade solicitante, o centro de custos, o plano orçamentário, o prazo desejado para entrega, os itens e as quantidades a serem adquiridas.

✓ Após ser gerada no sistema a solicitação fica pendente até ser realizado o processo de cotação e gerada a ordem de compra referente à mesma pelo setor de suprimentos.

✓ Ao receber a solicitação de compra, o setor de suprimentos utiliza duas plataformas para realizar o processo de cotação: as solicitações referentes a medicamentos e materiais médico-hospitalares são cotadas via porta da Plataforma Apoio Cotações, e as demais solicitações referentes a equipamentos, obras e materiais de manutenção predial, nutrição e dietética (no caso da matriz), materiais de escritório e papelaria são realizadas utilizando-se a plataforma do software RM Nucleus.

✓ Deverão ser realizadas no mínimo três cotações referentes ao item solicitado, com exceção de fornecedores com carta exclusividade.

✓ Dentre os critérios de seleção da melhor oferta deverão ser considerados: preço, prazo de entrega, condição de pagamento, qualidade do produto e data de validade superior a um ano.

✓ Após a cotação, o setor de suprimentos gerará a ordem de compra referente aos itens respondidos pelos fornecedores.

✓ Os itens não cotados deverão ser direcionados a outros fornecedores em um novo processo de cotação.

✓ No caso das solicitações de compra de urgência e/ou negociação com fornecedor para pagamento adiantado, deverá ser gerada ordem de compras no movimento de adiantamento de pagamento.

✓ As solicitações de adiantamento de pagamento via sistema são validadas pelo Gerente de Suprimentos enquanto houver recursos financeiros disponíveis para a unidade solicitante. No caso de falta de verba da unidade, a liberação do pagamento deverá ser validada pelo Diretor Administrativo da OSSHMTJ.

✓ O prazo para pagamento dessas solicitações ao fornecedor pelo setor financeiro é de 48 horas após a liberação da controladoria, com exceção dos casos emergências (24 horas).

✓ Depois de finalizado o processo, o pedido de compras é disparado ao fornecedor que atendeu a todos os critérios de seleção e que foi selecionado para fornecimento.

✓ O prazo para conclusão de todo o processo de aquisição desde a solicitação até o pagamento do pedido de compra é de 10 dias.

✓ O Acompanhamento dos pedidos de compra pode ser realizado pelos envolvidos no processo via RM Bis no relatório de "Monitoramento de suprimentos".

✓ No relatório estão as informações referentes à solicitação de compra, validação dos gestores responsáveis pelo segmento da OSS ordem de compra, liberação da controladoria, status de pagamento e status de recebimento do insumo.

4. Avaliação dos Fornecedores

A cada entrega o setor que está recebendo o produto deve avaliar o fornecedor e registrar a avaliação destes quanto à conformidade os critérios estabelecidos abaixo:

- Embalagem
- Temperatura
- Lote e Validade
- Conformidade da Nota fiscal com a Ordem de Compras

✓ No ato do recebimento da nota fiscal, a mesma deve ser verificada com a ordem de compra para identificar as conformidades do produto entregue com o pedido de compra.

✓ Após, as não conformidades identificadas deverão ser preenchidas no campo complementar de avaliação da entrega no RM Nucleus.

✓ Caso o avaliador deseje notificar o fornecedor pelo descumprimento dos requisitos de entrega, deverá marcar a opção referente à notificação no sistema, especificando a falha e principalmente a correção que deverá ser adotada.

✓ Diariamente o assistente administrativo do setor de suprimentos deverá verificar o relatório de avaliação das entregas e encaminhar notificação de não conformidade para os fornecedores não conformes.

✓ As não conformidades mais danosas bem como a continuidade de condutas reprováveis pelo mesmo fornecedor acarretarão em notificações padronizadas enviadas por e-mail com sansões progressivas:

1. A primeira carta terá intuito de informar ao fornecedor a existência do processo de avaliação, falhas ocorridas em sua atividade e disponibilizar-se para maiores informações.
2. A segunda notificação suspende o fornecedor das cotações por período indeterminado, devendo este retornar a participar preferencialmente após visita de seu representante.
3. A terceira notificação enviada desqualifica a empresa do rol de fornecedores, impedindo-a de participar de futuras cotações.

➢ O fornecedor bloqueado poderá voltar a participar das cotações desde que autorizado pela gerência do setor de suprimentos.

➢ Semestralmente deverá ser gerado e enviado relatório com o desempenho individual para cada fornecedor.

Documentação para 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, email ou entregues diretamente ao Setor de Compras, atualizados e dentro do prazo de validade, juntamente com a Ficha de Cadastro que deve ser solicitada junto ao setor 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 HMTJ 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 quando o relacionamento comercial for de trato direto com o setor citado.
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 especifico, 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.

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.

Cumprimentos 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.

I. Objetivos

Efetuar corretamente a solicitação de compra para produtos específicos ou não padronizados na unidade através do sistema Fluig para validação do responsável técnico, análise do setor de suprimentos e autorização da direção.

II. Materiais

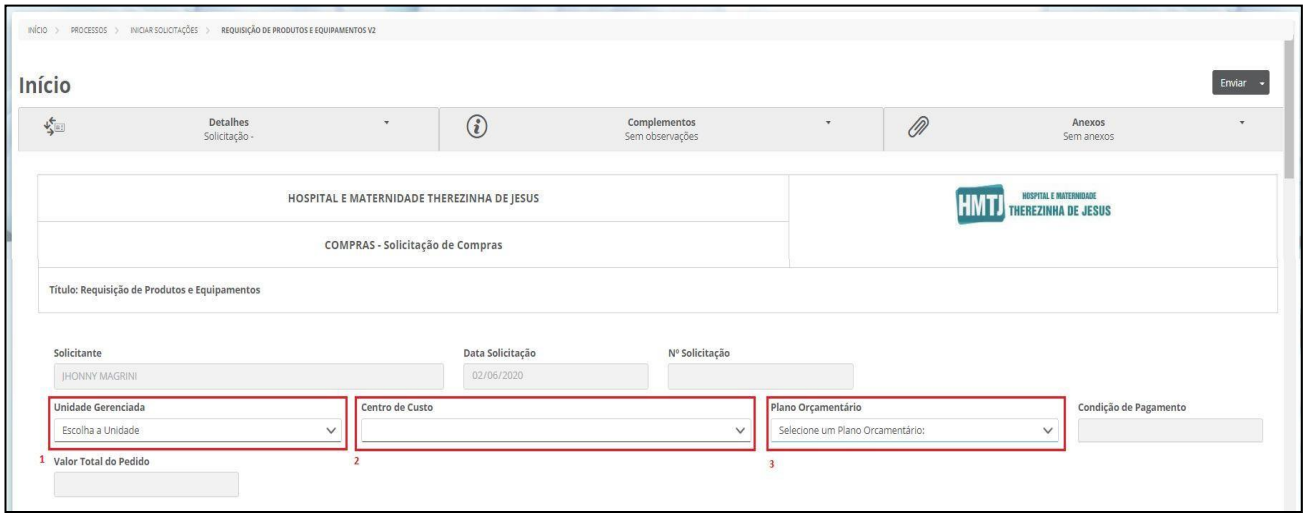
Acesso à internet por qualquer meio.

III. Abrangência

Todos os setores.

IV. Descrição dos passos da atividade

1. As opções para preenchimento dos campos são ativadas à medida que o campo antecessor for preenchido. É imprescindível que os campos Centro de Custo e Plano Orçamentário sejam preenchidos de forma correta para evitar retardamento do processo. O setor de contabilidade e o setor de custos podem auxiliar no caso de dúvidas.



2. O requisitante deverá acrescentar os Produtos à solicitação conforme cadastro da instituição e, se necessário, acrescentar informações no campo Observação solicitante, bem como a justificativa da necessidade de compra.

2.1. É possível acrescentar mais de um item a mesma solicitação desde que não seja repetido.

2.2. O solicitante poderá anexar arquivos ou indicar links que auxiliem a identificação do item desejado, caso necessário. Em casos específicos, quanto maior o detalhamento do item maior a probabilidade da aquisição ser assertiva.

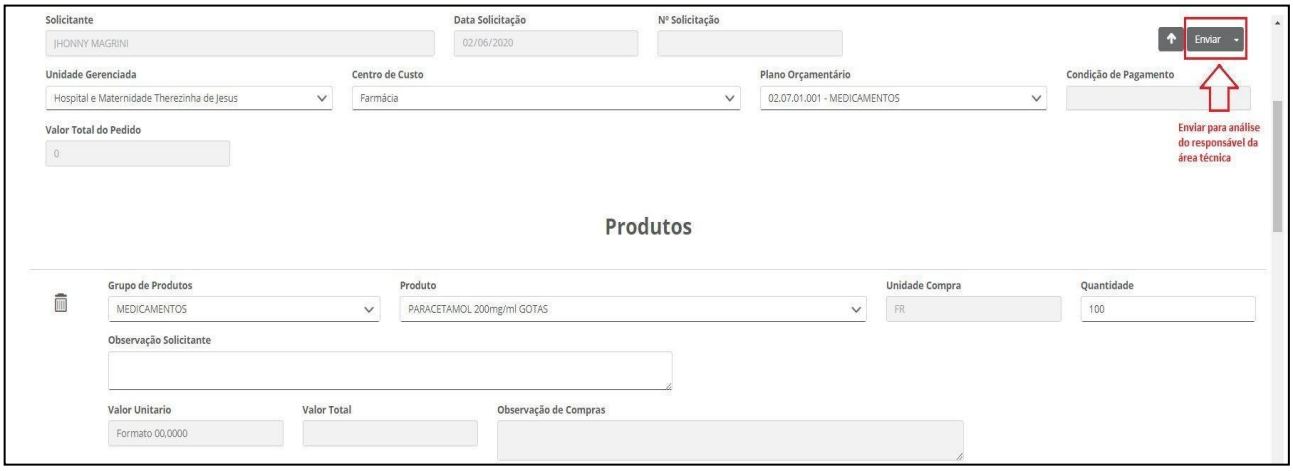
3. Após selecionar Adicionar produto, escolher o grupo em que ele se classifica, selecionar o item desejado e digitar a quantidade necessária.



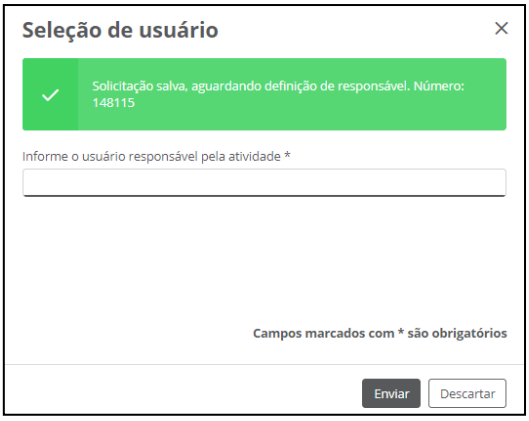
4. Não estando o item disponível em nossa base de dados, deverá o cadastro ser solicitado conforme orientado em PRS



5. Preenchida a solicitação clicar em enviar para encaminhá-la ao setor de compras que, poderá dar seguimento a cotação, ou enviá-la para aprovação técnica do responsável da área antes de dar seguimento. Recomenda-se tomar nota do número da solicitação para consulta futura.



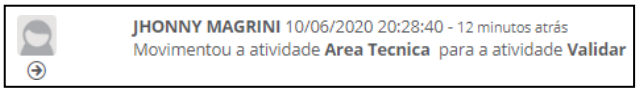
6. Sendo a solicitação destinada à área técnica, havendo necessidade de correção por parte do solicitante, após realizá-la ele deverá selecionar o mesmo responsável técnico definido pelo setor de compras anteriormente para nova análise do pedido.



8.1. O solicitante poderá consultar quem foi o eleito como responsável técnico pelo nome registrado como responsável no campo apropriado.



8.2. Ou no registro de movimentações da solicitação.



7. Após realizar a cotação do produto, setor de compras encaminhará o formulário para aprovação do gerente da unidade, diretor da unidade, gerente de controladoria e diretor da OSS.

8. Sendo a solicitação aprovada em todas as etapas, o setor de compras efetuará a aquisição informando ao setor financeiro quando necessário.

9. Tratando-se de produtos não padronizados pelos órgãos responsáveis de Administração Municipal contratante, caberá ao setor de compras antes de dar prosseguimento no processo, munir-se de autorização do órgão competente.

10. Em todas as etapas o pedido de compra poderá ser negado mediante justificativa e também ser solicitado correção/esclarecimentos aos responsáveis pelas etapas anteriores.

11. As solicitações que estiverem pendentes de correção do solicitante por mais de 30 dias serão canceladas.

12. O solicitante poderá acompanhar o andamento da sua solicitação na aba minhas solicitações na central de tarefas.



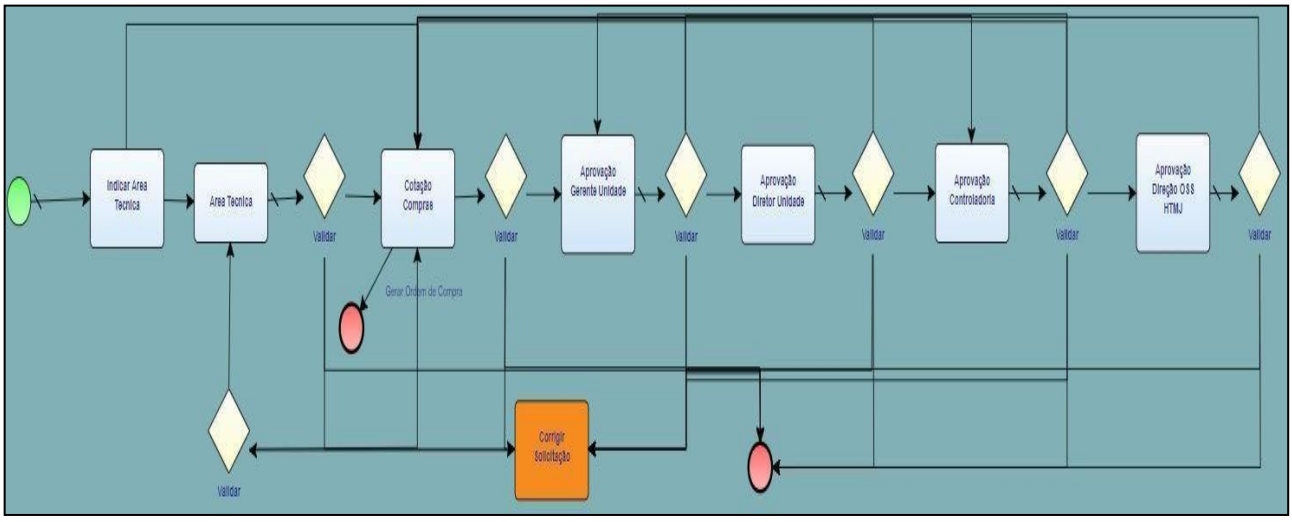
13. Mesmo após a conclusão do processo de compra, a solicitação fica disponível para consulta na plataforma através de pesquisa pelo identificador gerado.

V. Siglas e Definições

NA

VI. Anexos

Anexo I – Diagrama: Requisição de Produtos e Equipamentos (disponível no formulário de solicitação)



VII. Referências

Cadeia Cliente Fornecedor

I. Objetivos

Comprar itens padronizados conforme solicitação de compra realizada via sistema RM, validada pela farmacêutica auditora quanto a padronização, quantitativo e orçamento, quando for o caso, além do gestor da unidade.

II. Materiais

Computador, impressora, telefone, internet e material de escritório.

III. Descrição dos passos da atividade

Verificar com a gerência/coordenação de suprimentos disponibilidade de recurso para execução da compra conforme Política de Qualificação de Fornecedores e Gestão de Suprimentos.

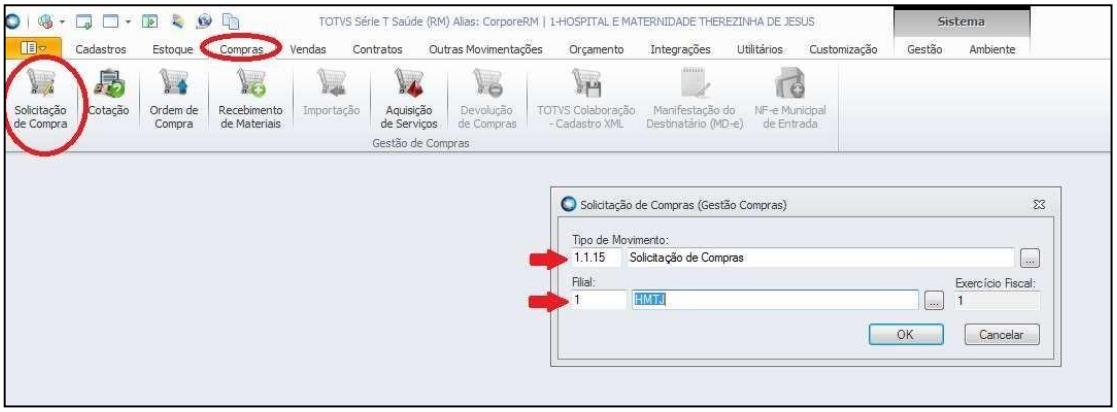
1. Efetuar análise dos orçamentos e gerar ordens de compra conforme abaixo:

2. Entrar no Sistema RM com login e senha individual.

3. Localizar solicitação validada

3.1. Acessar gestão de estoque / compras / faturamento.

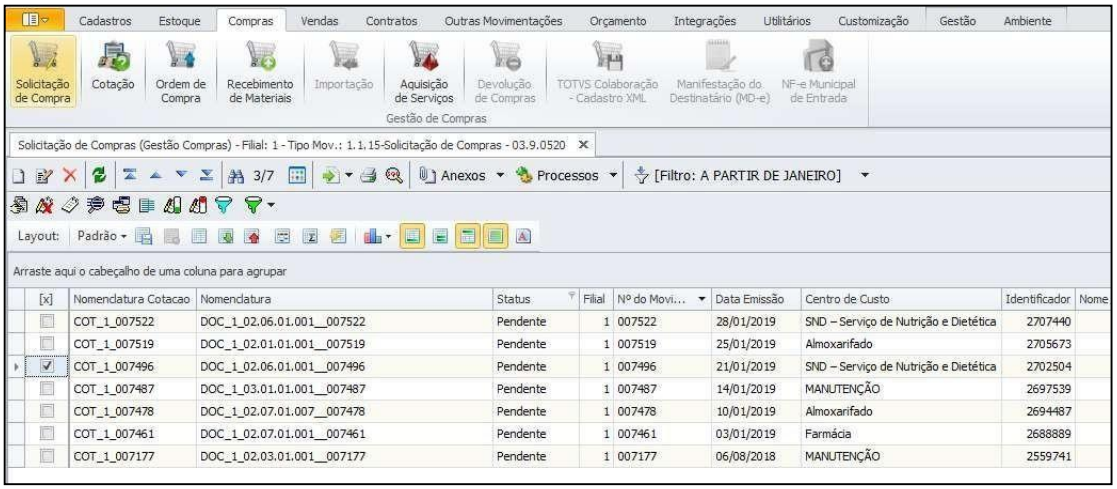




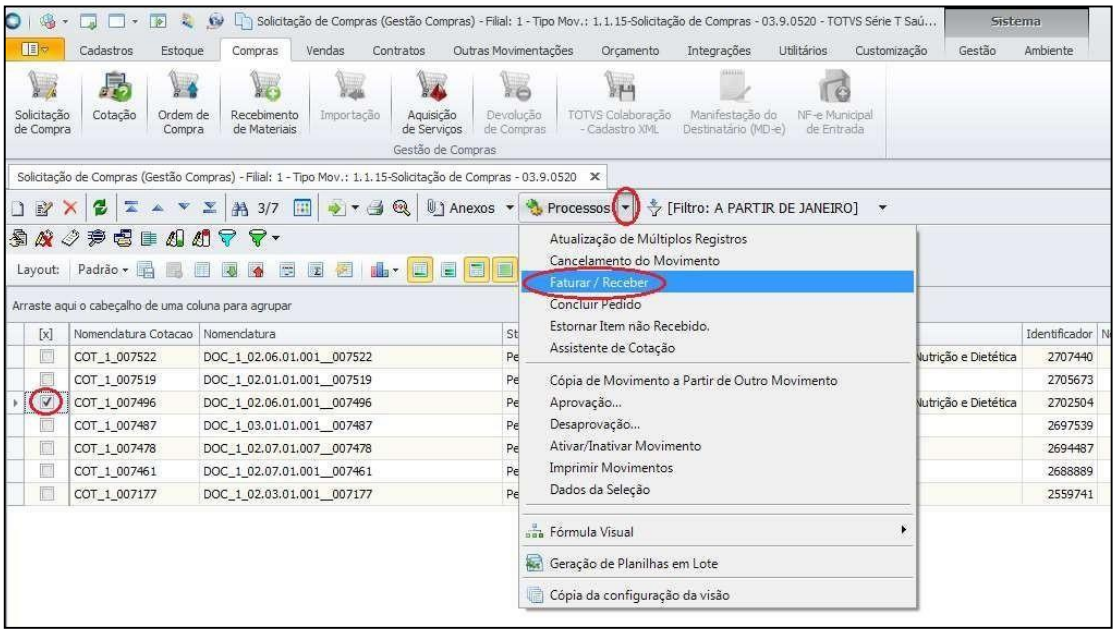
3.2. Selecionar movimento de Solicitação de Compra e unidade desejada

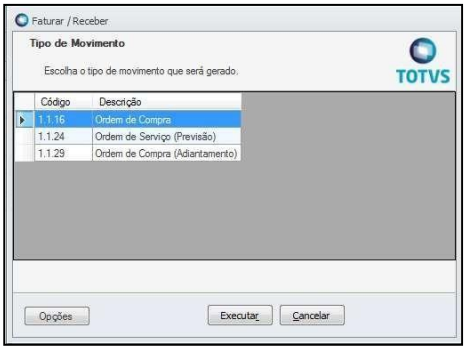
3.3. Executar o filtro desejado.

4. Selecionar a solicitação validada e iniciar o processo Faturar/Receber para gerar Ordem de Compra.

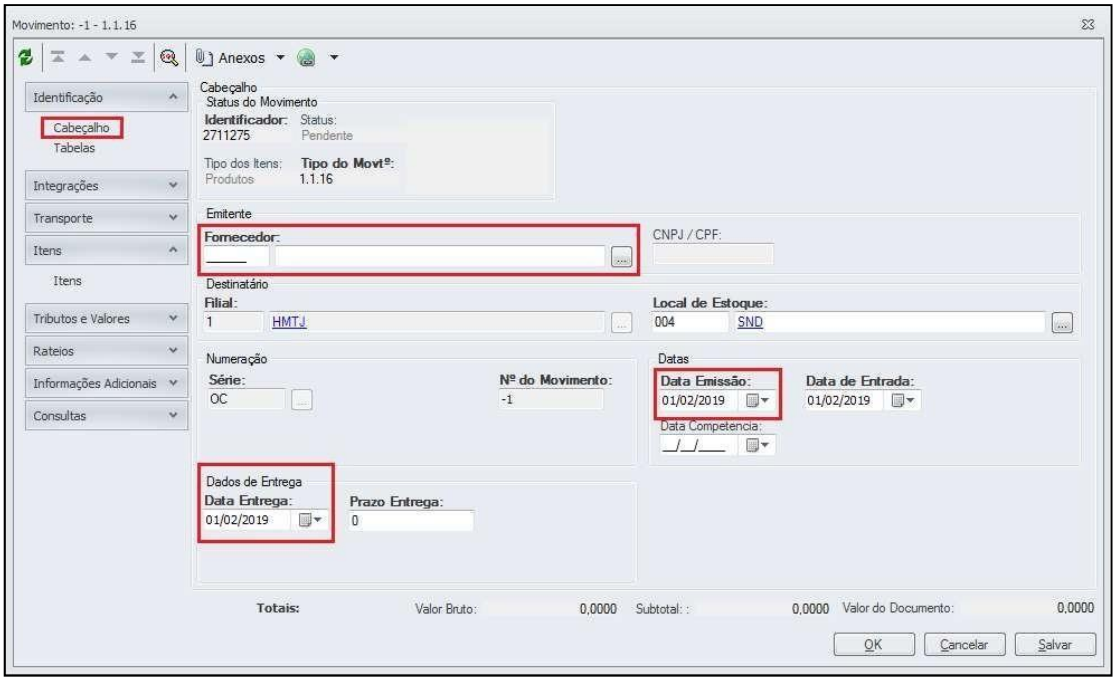


4.1. Selecionar movimento da ordem de compra conforme natureza da operação (venda ou serviço) e condição de pagamento (faturado ou antecipado).



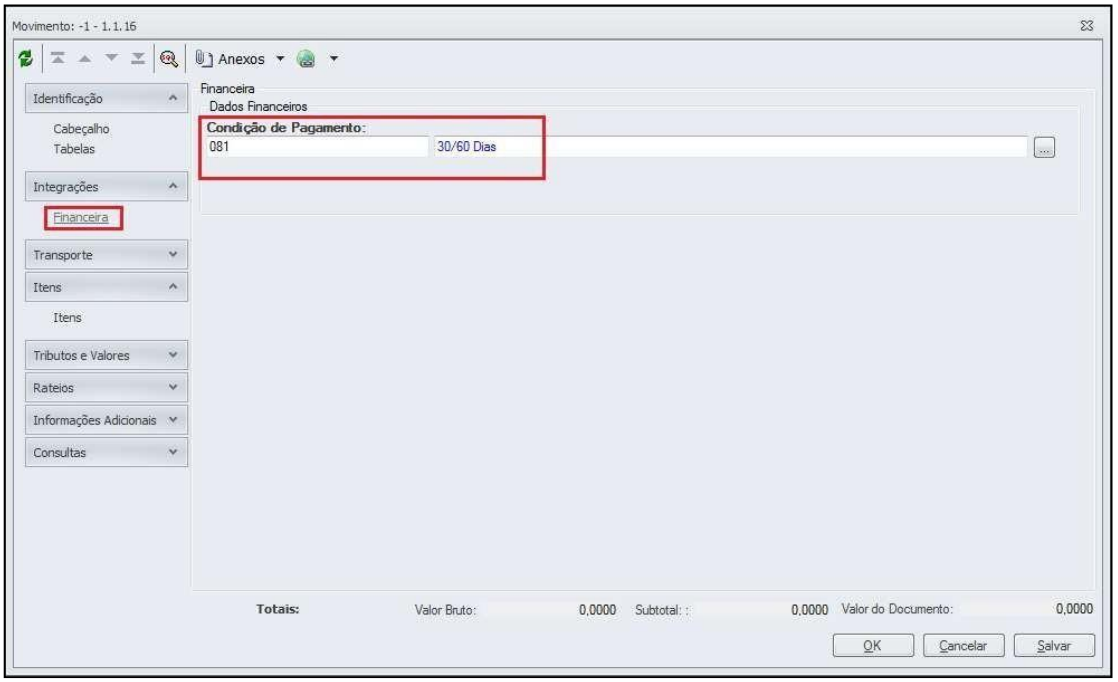


4.2. Preencher aba cabeçalho.

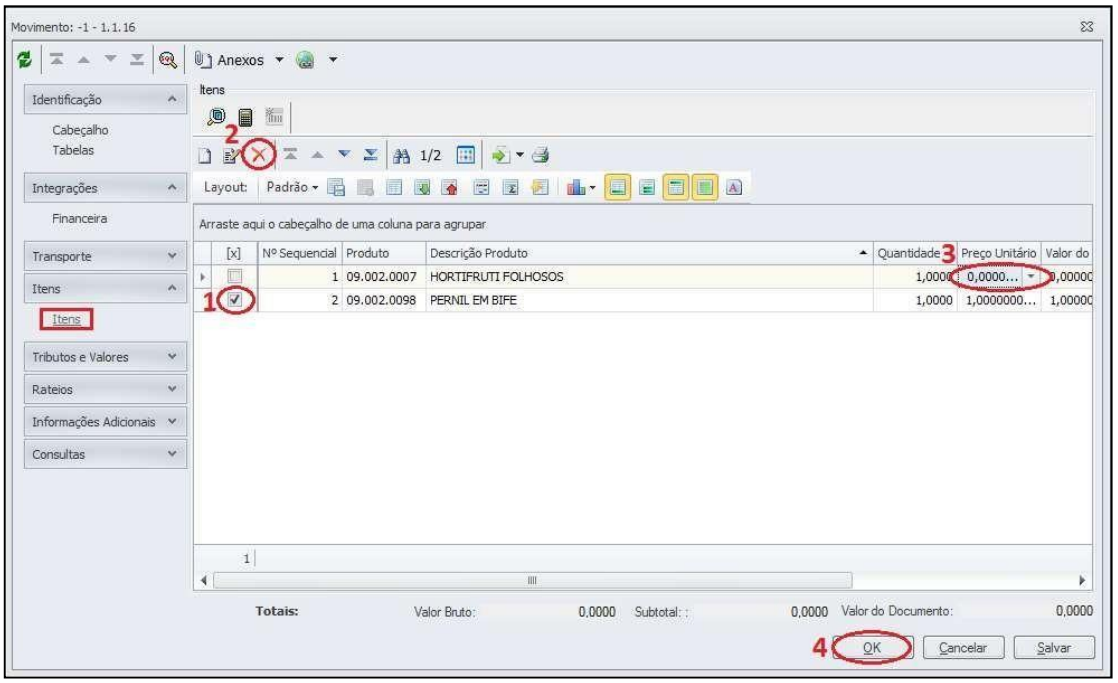


Observação: A Data Competência deve ser preenchida com o mês de referência do recurso.

4.3. Selecionar forma de pagamento na aba Integração financeira.



4.4. Na aba itens selecionar e excluir o que não será comprado com este fornecedor, digitar o valor unitário do que será comprado e finalizar.



IV. Siglas e Definições

N.A.

V. Anexos

N.A.

VI. Referências

N.A.

I. Objetivos

Padronizar o processo de seleção e avaliação dos fornecedores no Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus

II. Materiais

Computador, planilha eletrônica, sistema RMNucleus, sistema Fluig, portal Bionexo

III. Abrangência

Compras, Manutenção Predial, Almoxarifado, Farmácia, Serviço de Nutrição e Dietética, Serviço de Higiene e Limpeza, Serviço de Processamento de Roupas.

IV. Descrição dos passos da atividade

1. Seleção de fornecedores

Os fornecedores de produtos serão selecionados com base na capacidade em atender os requisitos estabelecidos pela instituição, normas de qualidade da Organização Nacional de Acreditação (ONA) e legislação vigente.

2. Avaliação do fornecedor

O setor de compras deverá observar minimamente os seguintes critérios para avaliar a eficiência e relacionamento com o fornecedor crítico, através do atendimento e pós-venda a cada nota fiscal:

- Atendimento:
  - Preenchimento da proposta dentro do prazo estipulado na cotação;
  - Preenchimento da proposta nos termos das condições estabelecidas;
  - Itens da proposta de acordo com o solicitado;
  - Valores da proposta condizentes com a unidade de medida do produto;
  - Cordialidade nas negociações;

- Pós-venda
  - Tempo para confirmação do pedido e informação das faltas;
  - Justificativa plausível para cancelamento de itens ou do pedido;
  - Pró atividade no acompanhamento da entrega quanto ao prazo e assertividade;
  - Disponibilidade e resolutividade das não conformidades da entrega;
  - Envio de boletos ou facilidade de acesso para emissão;

Com base nisso, cada quesito será classificado como:

- Excelente: quando atender plenamente os critérios observados;
- Bom: quando atender parcialmente os critérios observados sem prejuízo a instituição;
- Regular: quando atender parcialmente os critérios observados e expor o processo de ressuprimentos a riscos indesejáveis;
- Ruim: quando não atender os critérios observados ou atender de forma parcial e causar prejuízos

ao processo de ressuprimentos;

Já os setores responsáveis pelo recebimento dos materiais são responsáveis por avaliar a competência do fornecedor através das entregas ao efetuarem o lançamento da nota fiscal no sistema:

- Se a quantidade recebida está de acordo com a nota fiscal e ordem de compra;
- Se a embalagem do produto está adequada ao seu acondicionamento e sem avarias;
- Se o prazo de pagamento está de acordo com a ordem de compra;
- Se a entrega foi realizada no prazo previsto na ordem de compra;

Tratando-se de produtos críticos (medicamentos e materiais médicos), deverão observar ainda:

- Se o produto apresente registro no ministério da saúde e responsável técnico, caso necessário;
- Se o veículo utilizado para o transporte é adequado ao tipo de carga bem como sua organização;
- Se o lote e a validade dos produtos estão de acordo com a nota fiscal
- Se os laudos de qualidade estão sendo entregues junto com o produto e dentro das exigências institucionais para recebimento de medicamentos manipulados, quando for o caso
- Se os medicamentos termolábeis estão em temperatura adequada, caso houver

Há ainda um campo de observações para registro de informações que se fizerem necessárias.

Aplicando-se o peso conforme importância de cada quesito, temos a avaliação de desempenho do fornecedor crítico, que, ao final de cada ano receberá a informação compilada.

QUESITO	EXCELENTE	BOM	REGULAR	RUIM
ATENDIMENTO	20	15	10	0
ENTREGA	45	40	20	0
PÓS VENDA	35	30	15	0

**Peso atribuído a cada quesito conforme avaliação*

3. Advertência

Os fornecedores críticos (material médico e medicamentos que recorrentemente reincidirem em não conformidades, culposamente gerarem dano grave a instituição ou forem avaliados com aproveitamento inferior a 80% serão notificados em caráter informativo, suspensivo ou eliminatório.

As não conformidades são registradas no portal Bionexo através do perfil consolidador podendo o fornecedor vir a ser impedido de participar das cotações de todas as unidades gerenciadas pelo HMTJ.

4. Indicador e análise crítica

As avaliações das entregas poderão ser acompanhadas através do sistema Fluig de forma geral ou específica por fornecedor, centro de custo, plano orçamentário e nota fiscal. Para tanto, deverá o usuário aplicar os filtros que lhe interessar

O indicador TAXA DE OCORRÊNCIA DE NÃO CONFORMIDADE NAS ENTREGAS – CPR será alimentado mensalmente pelo setor de compras conforme período e filial a ser analisada. Resultado dos indicadores de outros setores relacionados a não conformidade das entregas deverão ser mensurados através do mesmo relatório de forma que preze pela coerência da informação.

V. Siglas e Definições

Fornecedores críticos: fornecedores de material médico e medicamento

VI. Anexos

Anexo I – Campos complementares do lançamento da nota fiscal

Anexo II – Relatório Avaliação de Fornecedor - https://fluig.hmtj.org.br:8443/portal/p/1/power_bi_compras_avaliacao_fornecedor

VII. Referências

Matriz de risco

HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS			
PROCEDIMENTO SISTÊMICO - PRS			
Título: Solicitação de compra de urgência			
Responsável: gerente, coordenador e assistentes de compras, coordenadores das áreas envolvidas	**Código:** PRS HMTJ 273	**Revisão:** 00	**Data:** 04/01/2023

I. Objetivos

Regular o fluxo de compras emergenciais diferenciando-as das demais solicitações, integrar as áreas de aprovação envolvida e possibilitar mensurarmos a causa das urgências, as áreas que geram tais demandas e a natureza dos pedidos para gerenciarmos o processo.

II. Materiais

Acesso à internet por qualquer dispositivo.

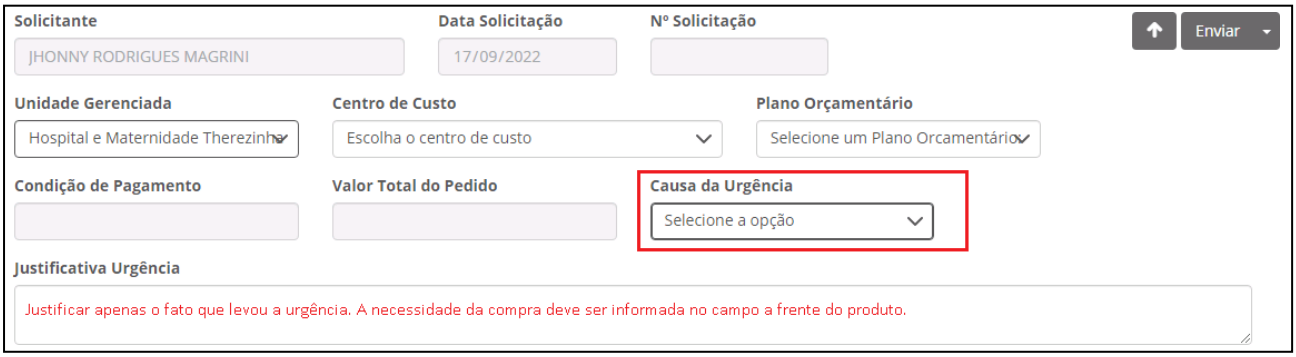
III. Abrangência

Farmácia, Almoxarifado, Enfermagem, Serviço de Higiene e Limpeza, Serviço de Nutrição e Dietética, Manutenção, Engenharia Clínica.

IV. Descrição dos passos da atividade

1. A solicitação de compra em caráter emergencial deve ser tratada como exceção ao cronograma de compras definido para a unidade, ciente que havendo necessidade de correção do pedido, o prazo para tal é de 3 dias corridos, sob passividade de cancelamento do pedido.

2. Deve-se informar em campo apropriado a causa da urgência conforme opções pré-estabelecidas e justificar a urgência da questão em campo apropriado:



3. O preenchimento indevido das informações acarretará em solicitação de correção por parte do setor de compras visto a importância dos dados adequados para gerenciamento do banco de informações. Após análise do setor de compras e mediação do setor de qualidade a persistência no envio incorreto das informações pode acarretar em reprovação do pedido e relato de não conformidade.

4. A justificativa da compra deverá ser efetuada no campo observação solicitante, sendo recomendada a análise das medidas de desabastecimento conforme PRS HMTJ 265, quando for o caso.



5. Os setores responsáveis por estoque de insumos ficarão encarregados de realizar as solicitações emergências destes materiais considerando o centro de custo que deu origem a urgência, se for o caso.

6. Quando aplicável, o prazo para análise da área técnica será de 3 dias, sendo o solicitante responsável por monitorar o pedido de compra, para evitar cancelamento automático da solicitação.

7. Ao setor de compras, no menor decurso de tempo possível, caberá o andamento da solicitação que se destacará das demais também no prazo de 3 dias, cabendo ao setor confirmar sua necessidade e responder sobre a ineficácia do atendimento, se for o caso.

8. Não há prazo estabelecido para análise da direção.

V. Siglas e Definições

Compra emergencial: situação fática que possa causar prejuízo ou comprometer a segurança de pessoas, obras, serviços, equipamentos e outros bens, que se fizerem necessários para sanar a questão.

VI. Anexos

NA

VII. Referências

Requisição de Produtos e Equipamentos V2 (Emergencial)
CCF
PRS HMTJ 265

HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS			
PROCEDIMENTO SISTÊMICO - PRS			
Título: Orientação para recebimento de mercadorias			
Responsável: Setor de compras	**Código:** PRS HMTJ 257	**Revisão:** 00	**Data:** 11/01/2022

I. Objetivos

Orientar sobre o que deve ser observado e avaliado no recebimento de mercadorias.

II. Materiais

Check-list de recebimento em formulário ou sistema

III. Abrangência

Farmácia, almoxarifado, SND, Hotelaria, SESMT, Manutenção, CSTI.

IV. Descrição dos passos da atividade

O Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus, buscando garantir a qualidade dos insumos ministrados na unidade, consoante a RDC 304 de 17 de setembro de 2019, adota como precaução a conferência dos aspectos administrativos e técnicos para avaliação das entregas recebidas orientando seus colaboradores a avaliarem os seguintes quesitos:

a) Aspectos administrativos: relacionados ao pedido de compra, buscam atender os requisitos administrativos estabelecidos no processo de aquisição quanto às quantidades a serem entregues, prazos e preços.

- Documentação fiscal – os medicamentos só deverão ser recebidos acompanhados de documentação fiscal devidamente emitido para o CNPJ da unidade. A falta de tal documento além de impedir o recebimento deve ser comunicada ao setor de compras imediatamente para sua regularização.
- Quantidade – a quantidade recebida deve estar em conformidade com a quantidade solicitada. Para maior segurança na conferência, a recepção deve dispor de cópias de todos os pedidos de compras efetuados
- Prazos de entrega - os medicamentos devem ser entregues de acordo com os prazos estabelecidos.
- Preços (unitário e total) e condição de pagamento - verificação dos preços constantes na nota fiscal e condição de pagamento para saber se estão de acordo com ordem de compra emitida.

O não atendimento de qualquer dos critérios estabelecidos deve ser relatado em formulário de avaliação e comunicado ao setor de compras imediatamente que a critério irá autorizar o recebimento, recomendar sua suspensão, suspender ou ainda orientar quanto a ou recusar da recepção.

b) Especificações Técnicas: são aquelas relacionadas aos aspectos qualitativos e legais (cumprimento da legislação) em relação a:

- Especificações dos produtos - os medicamentos devem ser entregues em conformidade com a solicitação: forma farmacêutica, concentração, apresentação e condições de conservação e inviolabilidade.
- Registro sanitário do produto - os medicamentos recebidos devem apresentar nas embalagens o número do registro no Ministério da Saúde.
- Medicamentos manipulados deverão vir acompanhados do Certificado de Análise ou Laudo de Controle de Qualidade emitido pelo fabricante do produto.
- Responsável técnico - deve ser observado se nas embalagens dos medicamentos constam: o nome do farmacêutico, o número do Conselho Regional de Farmácia e a unidade federativa na qual está inscrito.
- Embalagem - os medicamentos devem estar em suas embalagens originais, devidamente identificadas e sem apresentar sinais de violação ou avaria, aderência ao produto,

umidade e inadequação em relação ao conteúdo. Devem estar de acordo com o estabelecido na legislação vigente (Portaria SVS n° 802/98, de 08/10/98).

- Rotulagem – deve estar de acordo com o que estabelece a legislação vigente (Artigo 3° da Portaria SVS n° 802/98, de 08/10/98).
- Lote/validade – produto e nota fiscal devem dispor da mesma informação.
- Transporte – verificar se o transporte dos medicamentos foi realizado em condições satisfatórias considerando a identificação e temperatura do veículo, bem como da embalagem em que é transportado, ventilação e exposição a luz, possibilidade de alteração da estabilidade do produto devido ao tempo em transporte (características físicas, químicas e farmacológicas) e acondicionamento conforme orientações na embalagem do produto.

Qualquer alteração identificada deve ser comunicada imediatamente ao farmacêutico responsável que conforme viabilidade técnica irá colocar a mercadoria em quarentena enquanto averigua a garantia da qualidade do produto de forma que, sendo útil e/ou necessário requisitará auxílio do setor de compras.

Não sendo possível a garantia supracitada, deverá a mercadoria ser recusada ou devolvida conforme estágio do processo em que se encontrar.

Cabe ressaltar os critérios acima citados foram definidos partindo do princípio que segundo a portaria 1052 de 29 dezembro de 1998 editada pelo Ministério da Saúde, concomitante a RDC 16, de 1° de abril de 2014 editada pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), os operadores logísticos dedicados ao transporte de medicamentos e materiais médicos devem contar em seus quadros com farmacêutico responsável, devidamente registrado no Conselho Regional, para identificar as necessidades dos produtos conforme suas características de conservação e acondicionamento adequando dentro do veículo evitando ainda o contato com itens que podem ser tóxicos ou radioativos.

V. Siglas e Definições

NA

VI. Anexos

Checklist de Recebimento

VII. Referências

- RDC 304 de 17 de setembro de 2019 - Dispõe sobre as Boas Práticas de Distribuição, Armazenagem e de Transporte de Medicamentos.
- Portaria 1052 de 29 dezembro de 1998 - estabelecer normas para a concessão de Autorização de Funcionamento para empresas que exerçam a atividade de transporte de produtos farmacêuticos e farmoquímicos, sujeitos à vigilância sanitária
- RDC 16 de 01 de abril de 2014 - Dispõe sobre os Critérios para Peticionamento de Autorização de Funcionamento (AFE) e Autorização Especial (AE) de Empresas

HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS			
PROCEDIMENTO SISTÊMICO - PRS			
Título: Procedimento adotado em caso de não conformidade na entrega			
Responsável: Setor de compras	**Código:** PRS HMTJ 246	**Revisão:** 01	**Data:** 12/09/2022

I. Objetivos

Orientar os responsáveis por recebimento de mercadorias e avalição de entrega como procederem em determinadas situações.

II. Materiais

Computador, sistema RM, Fluig, WhatsApp, telefone,

III. Abrangência

Setor de compras e todos os envolvidos no recebimento de mercadoria, avaliação de entrega e lançamento de NF.

IV. Descrição dos passos da atividade

FATO	ONDE SINALIZAR	AVALIAÇÃO
CNPJ HMTJ ERRADO	NÃO SINALIZAR	VERIFICAR COM COMPRAS ANTES DE EFETUAR RECEBIMENTO
CNPJ FORNECEDOR ERRADO	NÃO SINALIZAR	• OC DO MOVIMENTO 1.1.16: SOLICITAR AO COMPRAS A ALTERAÇÃO DO FORNECEDOR ANTES DO LANÇAMENTO. • OC DO MOVIMENTO 1.1.29 (ADIANTAMENTO): SOLICITAR AO COMPRAS CARTA/JUSTIFICATIVA PARA SER ANEXADA A IMAGEM DA NF
NÚMERO DE VOLUMES EM DESACORDO COM NF	QUANTIDADE CONFORME OC E NF	• SE TRANSPORTADORA IDENTIFIOU A FALHA E FOR ENTREGAR O VOLUME POSTERIORMENTE: RECEBER MERCADORIA E ENTREGAR CANHOTO/CONHECIMENTO DE TRANSPORTE ASSINADO APENAS APÓS O RECEBIMENTO DO VOLUME FALTANTE • SE TRANSPORTADORA NÃO IDENTIFICOU A FALHA: RECEBER MERCADORIA, RELATAR NO VERSO DO CONHECIMENTO DE TRANSPORTE E NF. EXEMPLO: DECLARO ESTAR RECEBENDO A CARGA DA NF XX, COM 10 VOLUMES A MENOS, DO TOTAL DE 35 ESTÃO SENDO ENTREGUES APENAS 25, CARIMBO, ASSINATURA E DATA.
CAIXAS AVARIADAS	AMBALAGEM ADEQUADA	• RELATAR NO CONHECIMENTO DE TRASNPORTE E NF QUALQUER DANO APARENTE COMO CAIXAS AMASSDAS, MOLHADAS OU VIOLADAS. SE POSSÍVEL FOTOGRAFAR.
QUANTIDADE FÍSICO MENOR QUE NF	QUANTIDADE CONFORME OC E NF	• IDENTIFICADO NO RECEBIMENTO: CONFIRMAR SE A QUANTIDADE DE VOLUMES ESTÁ CORRETA; RELATAR NO VERSO DO CONHECIMENTO DE TRANSPORTE; CONTATAR SETOR DE COMPRAS E AGUARDAR ORIENTAÇÕES EXEMPLO: DECLARO ESTAR RECEBENDO A CARGA DA NF XX, COM 100 AMPOLAS DE DIPIRONA 2 ML A MENOS, EMBORA O NÚMERO DE VOLUMES ESTEJA CORRETO. CARIMBO, ASSINATURA E DATA. • IDENTIFICADO APÓS RECEBIMETNO: EFETUAR LANÇAMENTO DA NF E CONTATAR SETOR DE COMRPAS PARA ALINHAR COM FORNECEDOR SE A DIFRENÇA SERÁ ENVIADA OU SE TEREMOS QUE ARCAR COM O PREJUÍZO VISTO QUE O RECEBIMENTO JÁ FOI ATESTADO

QUANTIDADE FÍSICO MAIOR QUE NF	QUANTIDADE CONFORME OC E NF	VERFICAR COM SETOR DE COMPRAS SE SERÁ EMITIDA NOVA NF, SE SERÁ EMTIDA NF DE BONIFICAÇÃO OU SE A MERCADORIA SERÁ RECOLHIDA
QUANTIDADE FÍSICO/NF MENOR QUE OC (RECEBIMENTO PARCIAL)	QUANTIDADE CONFORME OC E NF	EFETUAR LANÇAMENTO DA NF E VERIFICAR COM SETOR DE COMPRAS SOBRE A ENTREGA DOS ITENS PENDENTES
QUANTIDADE FÍSICO/NF MAIOR QUE OC	QUANTIDADE CONFORME OC E NF	SOLICITAR AO SETOR DE COMPRAS ADEQUAÇÃO DA OC E ALINHAR SE A MERCADORIA FICARÁ NA UNIDADE OU SE SERÁ RECOLHIDA PELO FORNECEDOR
DIVERGENCIA DE VALORES UNITÁRIOS	FINANCEIRO CONFORME OC	• RECEBER A MERCADORIA E VERIFICAR COM SETOR DE COMRPAS ANTES DO LANÇAMENTO. • TRATANDO-SE DE COBRANÇA DE IPI, PROPORÇÃO CX/UND OU DÍZIMA MAIOR QUE 4 CASAS DECIMAIS, **NÃO SINALIZAR** COMO NÃO CONFORME
DIVERGENCIA NO PRAZO DE PAGAMENTO	FINANCEIRO CONFORME OC	RECEBER A MERCADORIA E VERIFICAR COM SETOR DE COMRPAS ANTES DO LANÇAMENTO
NF COM PRAZO PARA PAGAMENTO EM OC DE ADIANTAMENTO	NÃO SINALIZAR	APENAS EFETUAR O LANÇAMENTO E DAR CONTINUIDADE NO PROCESSO
COBRANÇA DE FRETE NA NF EM DESACORDO COM OC	FINANCEIRO CONFORME OC	SOLICITAR AO SETOR DE COMRPAS A INCLUSÃO DO VALOR. SINALIZAR COMO NÃO CONFORME APENAS SE O SETOR DE COMRPAS CONFIRMAR ESTAR EM DESACORDO
NF SEM COBRANÇA DE FRETE CONFORME OC	NÃO SINALIZAR	SOLICITAR AO SETOR DE COMPRAS A EXCLUSÃO DO VALOR
PRODUTO DANIFICADO	EMBALAGEM INADEQUADA	SE IDENTIFICADO NO ATO DO RECEBIMENTO, REGISTAR NO CONHECIMENTO DE TRANSPORTE E NOTA FISCAL. ENTRAR EM CONTATO COM SETOR DE COMPRAS
PRODUTO EM DESACORDO COM OC	PRODUTO CONFORME SOLICITADO	VERIFICAR SE IRÃO FICAR COM O PRODUTO OU DEVOLVE-LO ANTES EFETIVAR O RECEBIMENTO E COMUNICAR AO SETOR DE COMPRAS
ENTREGA POSTERIOR A PREVISÃO DE ENTREGA DA OC	ENTREGA REALIZADA NO PRAZO	EM CASOS EXTREMOS SOLICTAR A NOTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR
FALTA DE REGISTRO NO MINISTÉRIDO DA SAÚDE OU RESPONSÁVEL TÉCNICO	REGISTRO NO MS E RT	SOLICITAR AO SETOR DE COMPRAS RECOLHIMENTO DO PRODUTO E NOVA AQUISIÇÃO
DIVERGENCIA DE LOTE OU VALIDADE ENTRE PRODUTO E	LOTE E VALIDADE CONFORME NF	SOLICITAR AO SETOR DE COMRPAS CARTA DE CORREÇÃO DO FORNECEDOR

NF OU FALTA DE INFORMAÇÃO		
MEDICAMENTO MANIPULADO SEM LAUDO DE QUALIDADE	MEDICAMENTO MANIPULADO COM LAUDO	SOLICITAR AO SETOR DE COMRPAS ENVIO DOS LAUDOS PELO FORNECEDOR
VEÍCULO INADEQUADO PARA O TIPO DE MERCADORIA OU TRANSPORTANDO PRODUTOS DE NATUREZA DIVERSA QUE COMPROMETAM SUA INTEGRIDADE	TRANSPORTE ADEQUADO	NÃO ESTANDO A INTEGRIDADE DA MERCADORIA COMPROMETIDA, RECEBER A ENTREGA E SOLICITAR AO SETOR DE COMPRAS QUE REQUEIRA O FORNECEDOR A NOTIFICAÇÃO DA TRANSPORTADORA
TEMPERATURA INADEQUADA	MEDICAMENTO TERMOLÁBIL	CONTATAR SETOR DE COMPRAS ANTES DE EFETUAR O RECEBIMENTO

V. Siglas e Definições

OC: ordem de compra

NF: nota fiscal

VI. Anexos

NA

VII. Referências

Matriz de risco

I. Objetivos

Garantir a integralidade do atendimento aos pacientes por meio de contingencia em caso de desabastecimento de produtos críticos.

II. Materiais

Computador, telefone e material de escritório.

III. Abrangência

Setor de compras, farmácia e almoxarifado.

IV. Descrição dos passos da atividade

O desabastecimento pode ocorrer em virtude das determinantes abaixo:

1. Irregularidade no fornecimento em virtude do número reduzido ou único fornecedor de matéria-prima para diversos fabricantes;

2. Interrupção da produção pelo fabricante único ou de maior domínio para adequação às boas práticas da ANVISA ou outro motivo relevante;

3. Recolhimento de medicamentos, por determinação da ANVISA ou decisão interna ligada ao controle de qualidade, por exemplo.

4. Alteração da linha de produção e distribuição por estratégia de mercado adota pelos fornecedores.

5. Aumento inesperado da demanda em virtude de surtos, epidemias e pandemias.

6. Gestão ineficiente de estoque.

7. Restrição de crédito e indisponibilidade de recurso para concluir processo de compra com pagamento antecipado.

Em qualquer dos casos acima ou ainda naqueles não previstos que ocasionem o desabastecimento, o setor de suprimentos junto ao coordenador responsável pela área afetada define a estratégia a ser utilizada para garantir a reposição considerando tempo hábil e custo.

Estratégia 1: Negociação de pagamentos.

Sendo a entrega impossibilitada por conta de títulos em aberto ou restrição de crédito, negociar o pagamento e liberação da mercadoria ou realização da compra com outro fornecedor sem desconsiderar o prazo de entrega, custo, forma de pagamento, tempo necessário para execução do processo e tempo de entrega.

Estratégia 2: Compra emergencial.

Não sendo viável a compra pelos meios comuns, efetuá-la com recurso do fluxo de caixa da unidade em fornecedores locais.

Estratégia 3: Substituição.

Analisar possibilidade de substituição por produto equivalente.

Estratégia 4: Empréstimo ou troca.

Solicitar empréstimos ou troca às instituições de saúde da região.

V. Siglas e Definições

NA

VI. Anexos

NA

VII. Referências

NA

10.2.1: ÁREA DE ATIVIDADE

IMPLANTAÇÃO DA GESTÃO

Proposta para Regimento Interno da Unidade

CONSIDERAÇÕES INICIAIS

O Regimento Interno do Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado – HERSO é formado pelo Código de Conduta e Ética, voltado a todos os profissionais e usuários da Instituição, bem como pelo Código de Postura dos Estudantes e pelas Instruções Normativas, que regem situações específicas dentro do Hospital.

SUMÁRIO

1. Palavra do Presidente
2. Missão, Valores e Visão.
3. Código de Conduta e Ética
4. Código de Postura dos Estudantes
5. Instruções Normativas (Anexos)

1. PALAVRA DO PRESIDENTE

Este código se apresenta como um instrumento de fundamental importância para nortear as ações e tomadas de decisão nas relações entre os diversos públicos do Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado - HERSO

É intuito deste código, também, sensibilizar e mobilizar, individual e coletivamente, para transparência nas relações, a integridade e respeito mútuo como princípios fundamentais, na busca da humanização e da qualidade de vida.

É obrigação de todas as pessoas que trabalham neste Hospital observarem e cumprir as regras e responsabilidades estabelecidas neste documento, nas diversas situações em que estejam envolvidos os interesses da unidade.

A violação de qualquer preceito constitui-se motivo suficiente para o rompimento de contrato firmado com o HMTJ.

2. MISSÃO, VALORES E VISÃO.

MISSÃO

Promover e prestar assistência à saúde, com excelência, contemplando programas de ensino e pesquisa.

VALORES E POLÍTICAS

Ética: Agir com integridade, honestidade moral intelectual e com respeito à legislação vigente sob todos os aspectos.

Qualidade: Alcançar resultados consistentes gerando valor para as partes interessadas.

Humanização: Trabalhar com respeito, equidade, integralidade, dignidade, de forma universal.

Inovação: Buscar continuamente tecnologias e métodos de trabalho inovadores.

Sustentabilidade: Agir de maneira ambientalmente correta, socialmente justa, economicamente viável, culturalmente aceita, e alinhando as ações com os objetivos de desenvolvimento da Instituição.

VISÃO

Ser referência Nacional, com Qualidade na assistência, gestão, ensino e pesquisa.

3. CÓDIGO DE CONDUTA E ÉTICA

CAPÍTULO I – INTEGRIDADE PROFISSIONAL E PESSOAL

Art. 1º: A integridade profissional e pessoal deve fazer parte de todas as ações das pessoas que trabalham no Hospital e, para garantir a veracidade das informações aos clientes internos e externos, estas pessoas devem atuar com honestidade, competência, descrição e sinceridade, sempre em equipe e em defesa dos interesses da Instituição. Parágrafo único: Para minimizar danos ao trabalho em equipe, erros cometidos devem ser comunicados imediatamente ao superior hierárquico.

Art. 2º: A Diretoria do Hospital está aberta a sugestões, denúncias e críticas construtivas que visem ao aprimoramento dos serviços e da Instituição e das relações de trabalho.

Art. 3º: Com objetivo de zelar pela boa imagem do Hospital e pelo bom clima organizacional, não serão aceitos:

- Demonstração de atitudes que descriminem pessoas em decorrência da cor, do sexo, da religião ou da falta dela, da origem, da classe social, da idade e da incapacidade física ou mental;
- Prática de comércio ou de prestação de serviços particulares no recinto do Hospital;
- A utilização para fins particulares ou para repasse de terceiros, de tecnologia, metodologia ou know-how, bem como de outras informações de propriedade do Hospital ou por ele obtida;
- A utilização de equipamentos ou outros recursos para fins particulares;
- As conversações sobre assuntos inadequados de caráter institucional ou não, em locais de circulação de pessoas, no Hospital ou fora dele;
- A má utilização do tempo de trabalho, mediante conversas não relacionadas a este, ou mediante permanência fora do local de trabalho, sem justificativa;
- O desrespeito às orientações do Trabalho da Medicina do Trabalho, bem como as instruções normativas em anexo, os dispositivos que normatizam a segurança e a proteção de todos os que trabalham no Hospital, de seus pacientes, acompanhantes e visitantes.

CAPÍTULO II – DO PATRIMÔNIO DO HOSPITAL

Art. 4º: A utilização dos objetos, do material e de equipamento que constituem o patrimônio do Hospital deve ser feito com atenção e cuidado pelos usuários.

Art. 5º: Cuidados maiores devem ser tomados com o material perfuro cortante ou contaminado.

Art. 6º: Não será aceito desrespeitar as regras do Setor de Patrimônio do Hospital, usar componente do patrimônio em benefício próprio, retirá-lo sem autorização do local de trabalho, nem omitir informações sobre seu extravio.

CAPÍTULO III – DA RELAÇÃO COM OS PACIENTES E SEUS ACOMPANHANTES

Art. 7º: A finalidade da instituição HMTJ na unidade **Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado – HERSO** é realizar um atendimento humanizado, com qualidade, respeito e profissionalismo. Desta forma, os profissionais que nela atuam, devem se identificar com seus valores e aplicá-los no seu cotidiano.

Art. 8º: Nas relações com os pacientes e seus acompanhantes não serão aceitos:

- A omissão em atendê-los devidamente, uma vez que, aqueles que fazem a opção de trabalhar em um hospital, não têm o direito de, sob qualquer pretexto, omitir-se e abandonar o atendimento;
- A negligência ou imprudência na execução das atividades ou serviços que coloquem em risco a segurança dos atendidos;
- Opiniões infundadas ou de caráter pessoal sobre as condições de saúde do paciente, bem como comentários, dentro ou fora do Hospital com pessoas que não estejam envolvidas no respectivo caso clínico.

CAPÍTULO IV – DAS RELAÇÕES COM OS COLEGAS DE TRABALHO

Art. 9º: As relações com os colegas de trabalho devem ser fundamentadas no respeito mútuo, na honestidade, na cortesia e na lealdade, uma vez que o princípio básico de relacionamento profissional no Hospital é o trabalho de equipe integrado em um ambiente harmonioso.

Art. 10: Na relação com os colegas de trabalho não serão aceitos:

- Denegrir a imagem de colegas, fazendo comentários e críticas sobre sua conduta pessoal ou sobre seu desempenho profissional;
- Iniciar boatos, falsas informações e similares, ou dar continuidade a eles;
- Boicotar ou dificultar procedimentos de trabalho, bem como a execução de serviços levados a efeito por colegas de trabalho e omitir informações que facilitem ou ajudem o colega a executar suas funções.

CAPÍTULO V – DO AMBIENTE DE TRABALHO

Art. 11: Como hábito prejudicial à saúde, o fumo é proibido em locais públicos, auditórios, reuniões, transporte coletivo e ambiente fechado. Em algumas localidades, o fumo é disciplinado por normas legais. Todos os fumantes nas dependências do Hospital devem respeitar essas normas.

Art. 12: A alimentação deve ser feita nos locais adequados, tais como cantina e refeitórios, sendo vedada nos locais reservados à prática hospitalar.

CAPÍTULO VI – DO SIGILO PROFISSIONAL

Art. 13: Nos termos do que dispõe a normatização do sigilo médico, constitui obrigação de todos, dentro e fora do Hospital, manter sigilo sobre todas as informações relativas ao paciente, quer mediante diagnóstico e exames, quer obtidas mediante outros procedimentos pertinentes ao exercício profissional.

CAPÍTULO VII – DAS RELAÇÕES COM O MEIO AMBIENTE

Art. 14: Sendo a preservação ambiental um dos pilares do conceito de saúde, todos os profissionais que trabalham no Hospital deverão empreender ações que tragam resultados favoráveis à preservação ambiental e dos recursos ambientais, bem como responsabilizar-se pelo cumprimento das normas pertinentes, tais como coleta seletiva e consumo consciente de água e energia, evitando danos à sociedade e à imagem do Hospital.

CAPÍTULO VIII – DAS INFRAÇÕES E PENALIDADES

Art. 15: A ação, a omissão ou conveniência que apliquem em desobediência ou inobservância das disposições do Código de Conduta e Ética e demais normas do HMTJ será considerado infração à ética.

As penalidades a que os infratores estão sujeitos são:

I. Advertência verbal;

II. Advertência por escrito;

III. Suspensão

IV. Demissão por justa causa.

Art. 16: O HMTJ assim como a unidade hospitalar conta com um Comitê de Ética, presidido por um membro da diretoria do Hospital e composto pelos coordenadores das áreas administrativas, produtivas, assistencial e apoio.

Art. 17: As reuniões do Comitê de Ética são realizadas por convocação de seu presidente.
Art. 18: Os casos omissos nesse Código serão resolvidos pelo Comitê de Ética ou, em situações que demandem urgência pelo diretor do mesmo Comitê ou deseu substituto.

4. CÓDIGO DE POSTURA DOS ESTUDANTES

CAPÍTULO I – PRINCÍPIOS FUNDAMENTAIS

Art. 1º: Escolher uma profissão na área da saúde pressupõe a aceitação de preceitos éticos e de compromissos com a saúde do homem e da coletividade, sem preconceito de qualquer natureza.

Art.2º: A atividade prática do estudante tem por finalidade permitir-lhe preparo integral para o exercício da profissão.

Art. 3º: Ao estudante cabe colaborar, dentro de suas possibilidades, nas propostas de promoção de saúde, na prevenção da doença e na reabilitação dos doentes.

CAPÍTULO II – DOS DIREITOS DOS ESTUDANTES

Art. 4º: São direitos do estudante:

I. Exercer suas atividades práticas sem ser discriminado por questões de religião, raça, sexo, nacionalidade, condição social, opinião política ou de qualquer natureza;
II. Apontar falhas nos regulamentos e normas das instituições onde exerça sua prática, quando as julgar indignas do ensino ou do exercício da profissão, devendo dirigir-se, nesses casos, ao setor competente imediato;
III. Receber o ensino relativo ao curso em que se matriculou;

IV. Ser atendido pelo pessoal docente em suas solicitações de orientação acadêmica;

V. Fazer-se representar nos órgãos colegiados da Instituição, de acordo com as normas estabelecidas pela faculdade conveniada;
VI. Utilizar as dependências físicas e os serviços administrativos e técnicos oferecidos pela faculdade conveniada e destinados ao pleno desenvolvimento de suas atividades.

CAPÍTULO III – DOS DEVERES E LIMITAÇÕES

Art. 5º: São deveres do estudante:

- Manter absoluto respeito pela vida humana;
- Exercer suas atividades com respeito às pessoas, às instituições e às normas vigentes.
- Respeitar e cumprir as determinações da Instituição e da OSS Hospital e Maternidade Terezinha de Jesus deliberadas através deste código de ética, de Portarias e Resoluções internas, bem como no Código de Postura, suas instruções normativas e anexos;
- Cumprir representação, quando indicado, diante de órgãos diretivos e deliberativos da Instituição;
- Respeitar e zelar pelo patrimônio.

Art. 6º: Como é o bem maior de uma escola, todas as atenções são voltadas para o estudante, no sentido de fazer dele o molde que vai, no futuro, cuidar de pacientes e de mais idosos. O acadêmico, então, não pode ser passivo.

A sua responsabilidade é comparecer, aprender, investigar, discutir, cobrar e denunciar. Parece estranho colocar a denúncia como qualidade. Se ele é um bem maior para preparar-se para um bem supremo que é o paciente, não se entende que o estudante constatando omissões, irregularidades, descumprimentos do dever e falta de humanismo nas ações para com os doentes, acovarde-se e não dê conhecimento às autoridades superiores.

A norma aqui é como fazer. A denúncia é no sentido de crescer em conjunto e não de denegrir imagens e cobrar punições. Resolve-se com discussão dos problemas e não com acusações escusas e pessoais. Não deve nunca ser subjetiva e simdiplomática.

Art. 7º: É vedado ao estudante:

I. Prestar assistência sob sua exclusiva responsabilidade, salvo em casos de iminente perigo à vida;

II. Assinar a receitas ou fazer prescrições sem a supervisão do médico que o orienta;

III. Acumpliciar-se, de qualquer forma, com os que exercem ilegalmente sua profissão;

IV. Fazer experimentos em pessoas doentes ou sadias sem que seja supervisionado por um médico responsável e sem que a pesquisa obedeça às normas internacionais e aos princípios éticos;

V. Fornecer atestados médicos;

VI. Praticar ou participar de atos médicos desnecessários ou proibidos pela legislação do País;

VII. Assumir posturas desrespeitosas ou faltar com a consideração para com os demais participantes do setor do ensino e da saúde;

VIII. Deixar de assumir responsabilidade pelos seus atos, atribuindo seus erros ou malogros a outrem ou a circunstancias ocasionais;

IX. Participar, de qualquer forma, da mercantilização de sua profissão;

X. Exercer sua autoridade de maneira que limite os direitos do paciente de decidir sobre sua pessoa ou seu bem-estar;

XI. Receber honorários das pessoas às quais presta trabalho, ou receber salário pelo exercício de sua atividade acadêmica, mas pode fazê-lo em forma de bolsa de estudo das instituições docente às quais esteja ligado;

XII. Usar suas atividades para corromper os costumes, cometer ou favorecer o crime;

XIII. Participar de pratica de tortura ou outras formas de procedimentos degradantes, desumanos ou cruéis contra pessoas, ou fornecer meios, instrumentos, substancias ou conhecimentos para tais fins;

XIV. Fornecer meios, instrumentos ou substancias para antecipar a morte do paciente.

CAPÍTULO IV – DA RELAÇÃO COM O PACIENTE

Art. 8º: São obrigações do estudante:

I. Ser comedido em suas ações, tendo por princípio a cordialidade;

II. Respeitar o pudor do paciente;

III. Compreender e tolerar algumas atitudes ou manifestações dos pacientes, lembrando-se de que tais atitudes podem fazer parte da sua doença;

IV. Ajudar o paciente no que for possível e razoável com relação a problemas pessoais;

V. Demonstrar respeito e dedicação ao paciente, jamais esquecendo sua condição de ser humano;

VI. Ouvir com atenção as queixas do doente, mesmo aquelas que não tenham relação com sua doença;

VII. Apresentar-se condignamente, cultivando hábitos e maneiras que façam ver ao paciente o interesse e o respeito que ele é merecedor;

VIII. Ter paciência e calma, agindo com prudência em todas as ocasiões.

Art. 9º: O timbre, o tom e a altura de voz devem propiciar tranquilidade ao paciente. Gritose alardes não são condizentes com o esperado em busca de serenidade.

CAPÍTULO V – DO SEGREDO NA ÁREA DA SAÚDE

Art. 10: O estudante da área da saúde está obrigado a guardar segredo sobre fatos que tenha conhecido por ter visto, ouvido ou deduzido no exercício de sua atividade junto ao doente.

Art. 11: O estudante não revelará, como testemunha, fatos de que tenha conhecimento no exercício de sua atividade. Convidado para depor, deve declara-se preso ao segredo.

Art. 12: É admissível a quebra do segredo por justa causa, por imposição da Justiça ou por autorização expressa do paciente, desde que a quebra desse sigilo não traga prejuízo ao paciente.

Art. 13: O estudante não pode facilitar o manuseio ou o conhecimento de prontuários, papeletas e demais folhas de observações médicas sujeitas ao segredo profissional, por pessoas não obrigadas ao mesmo compromisso.

CAPÍTULO VI – DA RELAÇÃO COM AS INSTITUIÇÕES, COM OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE, COM OS COLEGAS, PROFESSORES E ORIENTADORES.

Art. 14: O estudante está obrigado a respeitar as normas das instituições onde realiza seu aprendizado.

Art. 15: O estudante está obrigado a zelar pelo patrimônio moral e material das instituições onde desempenha suas atividades.

Art. 16: Não compete ao estudante fazer advertências ou reclamações ao pessoal do setor de saúde no tocante às suas atividades profissionais, mas, se considerar necessário, deve dirigir-se ao seu superior imediato, comunicando-lhe o fato.

Art. 17: É proibido ao estudante afastar-se de suas atividades, mesmo temporariamente, sem comunicar ao seu superior.

Art. 18: O estudante responde civil, penal e administrativamente por atos danosos ao paciente e que tenham dado causa por imprudência ou negligencia.

Art. 19: É dever de o estudante ser solidário com seus colegas nos movimentos legítimos da categoria.

Art. 20: O estudante deve ter sempre para com os seus colegas respeito, consideração e apreço, visando à convivência harmoniosa.

Art. 21: O estudante deve ter sempre para com os professores e orientadores e atenção e o respeito necessários ao bom relacionamento entre todos.

Art. 22: Corredor de hospital – este local é um dos mais importantes na vida médica dos profissionais da saúde. Circulação, movimentação, encontros, cumprimentos, reencontros agradáveis ou não desejados, atualização jornalística, acertos de agendamento, encontros amigos ou científicos, enfim, local de convivência rápida e transitória. Por isto ele pode ser perigoso: proclama-se assunto particular, sigilos são popularizados, tratos são mal anotados ou mal interpretados, o esquecimento ocorre, pois não se anota ou não se o absorve na completude; leigos na espera de atendimento participam dos assuntos e a má interpretação ocorre. Sobre isso tudo e mais não relatado há o barulho, a voz elevada, as comunicações à distância em alta voz, atitudes que esvaziam a qualidade médica e o respeito por parte do leigo. Este, presenciando o barulho, a descortesia, a voz exacerbada, os comentários desairosos passam a entender, erroneamente, que a atitude médica não é tão idônea quanto ele imaginava. Se nos lembrarmos, constantemente, que o hospital é um local de repouso físico, espiritual e mental, o tumulto do corredor dá uma amostra contrária ao leigo ou ao paciente. Corredor, pois, é para cumprimento e circulação. Não é localde discussões e decisões.

CAPÍTULO VII – DA APRESENTAÇÃO

Art. 23: O uso do branco é para demonstrar limpeza. Há proteção bilateral. Do profissional ou estudante da área da saúde, que faz contato com o doente e deste que é examinado por um profissional vindo da rua. Por isso, usar o jaleco em atividades extra-hospitalares não é de bom tom. É fazer dele um veículo decontaminação.

O ideal é que o profissional ou estudante possa chegar ao hospital e trocar suas roupas civis por calça e jaleco longo e de mangas compridas. O sapato branco não é indispensável, pois é contaminado como qualquer outro, mas o branco impressiona e tranquila o paciente. Um médico bem vestido, sem regalo e enfeites, dá solenidade ao encontro com o paciente e este adquire uma atitude de mais respeito, o que propicia maior aceitação da terapêutica. Deste modo, não será permitido o uso de: bermudas; saias acima de quatro dedos do joelho; chinelos; sandálias ou sapatos abertos.

Art. 24: As mãos e unhas dos estudantes têm que estar sempre limpas e bem cuidadas. As mãos, não machucadas e as unhas, aparadas.

CAPÍTULO VIII – DO REGIME DISCIPLINAR

Art. 25: O aluno está sujeito às penalidades disciplinares se:

I. Desrespeitar, ofender ou agredir o Diretor Geral, ou qualquer membro do corpo docente, discente ou técnico-administrativo;

II. Promover, sem autorização do Diretor Geral, coletas e subscrições em nome da faculdade conveniada;

III. Disseminar, sob qualquer forma, informações ou comentários difamantes, ou que possa denegrir a Instituição, seus professores ou seus funcionários;

IV. Danificar o patrimônio, caso em que, além da pena disciplinar, fica na obrigação de indenizar o dano;

V. Praticar atos desonestos ou delituosos e desrespeito aos princípios constitucionais, incompatíveis com a dignidade da Instituição;

VI. Cometer atos que possam denegrir a imagem institucional, não só intra como extramuros;

VII. Desrespeitar qualquer norma estabelecida neste instrumento normativo.

Art. 26: As penalidades serão aplicadas da seguinte forma:

I. Advertência oral na hipótese se uma única conduta contrária às normas;

II. Advertência escrita da segunda a quarta conduta contrária às normas;

III. Suspensão do estudante das aulas durante uma semana na hipótese de reincidir pela quarta vez em alguma conduta contrária às normas dispostas neste instrumento normativo;

IV. Desligamento do estudante do corpo discente da Faculdade na hipótese de reincidir pela quinta vez em alguma conduta contrária às normas dispostas neste instrumento normativo.

Art. 27: São competentes para a aplicação das penalidades:

I. De advertência: os Coordenadores dos Cursos e o Diretor Geral;

II. De suspensão: o Diretor Geral e o Diretor de Ensino, Pesquisa e Extensão – DEPE;

III. De desligamento: o diretor geral da Faculdade.

Art. 28: O registro da penalidade aplicada é feito em documento próprio, não constando do histórico escolar do aluno.

CAPÍTULO I – DEFINIÇÃO DOS USUÁRIOS E SERVIDORES

Art. 1º: Para efeito desta Instrução Normativa, considera-se usuário toda pessoa que necessite dos serviços disponibilizados pelo **HERSO**, bem como seus acompanhantes e aqueles que por qualquer motivo realizem visita a este Hospital.

Art. 2º: Consideram-se servidores todos os empregados e prestadores de serviço, tais como médicos e professores, e estudantes, os estagiários e acadêmicos que realizam atividades no **HERSO.**

CAPÍTULO II – DO ACESSO

Art. 3º: Apenas será permitido o acesso dos servidores e estudantes com a apresentação de crachá.

Art. 4º: Os alunos e estagiários devem ingressar pela portaria de serviço.

Art. 5º: Os médicos, professores e alunos que assistirão aulas em ambulatórios poderão ingressar pela porta principal.

CAPÍTULO III – DO VESTUÁRIO

Art. 12: Os médicos e professores devem usar jaleco branco nas dependências da unidade.

Art. 13: Os alunos e estagiários oriundos de qualquer faculdade devem usar roupas e sapatos brancos além de jalecos.

CAPÍTULO VI – DO RESPEITO ÀS NORMAS

Art. 14: Todos os usuários devem respeitar o Regimento Interno, Código de Conduta e demais normas da unidade.

Art. 15: Todos os médicos devem aceitar a presença de acadêmicos, apesar de não terem obrigação de ensiná-los qualquer ofício.

Art. 16: Todos os acadêmicos devem tratar com respeito os profissionais que trabalham.

CAPÍTULO V – INFORMAÇÕES GERAIS DEPARTAMENTO DE QUALIDADE

Busca a melhoria contínua dos processos internos, viabilizando um atendimento de excelência ao cliente interno e externo.

SETOR DE SEGURANÇA DO TRABALHO – Zela pela integridade física do trabalhador, procurando eliminar os riscos que podem causar acidentes de trabalho.

SETOR DE ATENÇÃO AO CLIENTE – Busca acolhe o cliente externo, garantindo um atendimento humanizado de qualidade durante sua permanência no Hospital. É função desse setor também, acolher o cliente interno e ajudá-lo a solucionar problemas que ocorram no seu dia-a-dia e proporcionar um ambiente de trabalho saudável e amigável.

SETOR DE HOTELARIA – Busca fornecer os insumos necessários para a execução das atividades de hotelaria hospitalar, proporcionar uma alimentação saudável e de qualidade para todos os pacientes e funcionários, fornecer o enxoval adequado, higienizar os ambientes e humanizá-los.

DEPARTAMENTO FINANCEIRO – Busca desenvolver as atividades no processamento das despesas, na coordenação e controle dos registros de entrada e saída; conciliação bancária para o gerenciamento dos recursos, bem como atendimento interno dos empregados e externo, dos fornecedores.

DEPARTAMENTO PESSOAL – O Departamento Pessoal busca coordenar, controlar e supervisionar os assuntos relativos a cadastro e lotação, remuneração, folha de pagamento, seguridade social e benefícios pertinentes aos empregados do Hospital.

CAPÍTULO II – DOS PROCEDIMENTOS

Os dias da entrega do comprovante de pagamento referentes ao adiantamento e ao pagamento mensal, e entrega do vale transporte será divulgado com antecedência e anexado aos quadros de aviso e ao relógio de ponto. Nesse mesmo período, o Departamento De Pessoal funcionará das 6h30 às 17h. O horário das 6h30 às 17h será exclusivo para funcionários do turno noturno, que estarão encerrando suas atividades nesse período. É obrigatório e de interesse próprio que todos os empregados se apresentem ao Departamento De Pessoal para assinar seu comprovante de pagamento, folha de ponto, comprovante de entrega de vale transporte e alimentação.

CAPÍTULO III – CRITÉRIOS PARA ABERTURA DE CONTA PARA RECEBIMENTO DE SALÁRIO

Os salários serão creditados diretamente na conta do empregado, em banco a ser definido. O empregado novato receberá através de cheque diretamente na tesouraria até completar os 3 meses da experiência. Ao vencer a experiência o empregado deverá providenciar a abertura de conta salário ou conta corrente (a critério) no Banco definido previamente, estando munidos de xérox dos seguintes documentos: Carteira de Identidade; CPF (atualizado); Comprovante de residência (de preferência em nome próprio); Carteira de Trabalho.

10.2.1: ÁREA DA ATIVIDADE

IMPLANTAÇÃO DE GESTÃO

PROPOSTA PARA REGIMENTO DO SERVIÇO MULTIPROFISSIONAL

PROPOSTA PARA REGIMENTO DO SERVIÇO MULTIPROFISSIONAL

A criação de um regimento da equipe multiprofissional é justificada por uma busca de interação de processos e saberes objetivando uma assistência integral e resolutiva aos nosos pacientes, em caráter ambulatorial e hospitalar. Essa equipe é composta por profissionais de diferentes áreas da saúde, como médicos, enfermeiros, psicólogos, fisioterapeutas, assistentes sociais, entre outros, e trabalha de forma colaborativa para fornecer uma abordagem abrangente e holística no cuidado dos pacientes.

CAPÍTULO I

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 1º: Objetivos
O presente regimento tem como objetivo estabelecer as diretrizes e normas de funcionamento do Serviço Multiprofissional, visando a integração de profissionais de diferentes áreas para a prestação de serviços de qualidade e integralidade aos usuários.

§1º - O hospital de Atenção Especializada tem por finalidades:

Prestar assistência à saúde, ambulatorial e hospitalar, dentro das especialidades de sua competência, com qualidade e atendendo aos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde.

Ser um modelo de excelência na assistência a saúde da população.

Art. 2º: Definição

O Serviço Multiprofissional é uma unidade de trabalho composta por profissionais de diferentes áreas, que atuam de forma integrada e complementar no cuidado e assistência aos usuários, promovendo a abordagem interdisciplinar e a troca de conhecimentos e experiências.

Art. 3º - Princípios
O Serviço Multiprofissional pauta-se nos seguintes princípios:

- Integralidade: oferecer atendimento completo e abrangente, considerando a

complexidade e as necessidades individuais dos usuários;

- Interdisciplinaridade: promover a colaboração e o diálogo entre os profissionais de diferentes áreas, visando a construção conjunta do conhecimento;
- Equipe multiprofissional: reunir profissionais de diferentes formações para a realização de ações integradas e complementares;
- Humanização: promover o acolhimento, respeito e empatia no cuidado aos usuários;
- Ética: atuar com ética profissional, respeitando os princípios e normas das respectivas profissões.

§1º - Organização e Funcionamento do hospital:
Composição da Equipe - O Serviço Multiprofissional será composto por profissionais de diferentes áreas, de acordo com as necessidades e demandas da instituição. A composição da equipe deverá ser definida de forma a contemplar uma variedade de saberes e habilidades, visando a complementaridade e a abrangência dos cuidados.

Coordenação - O Serviço Multiprofissional terá um profissional designado como coordenador, responsável por articular e organizar as atividades da equipe, promover a integração e o diálogo entre os membros, e representar o serviço junto à instituição. O coordenador será escolhido pelos membros da equipe, preferencialmente por meio de eleição.

Reuniões e Tomada de Decisão - A equipe do Serviço Multiprofissional deverá realizar reuniões periódicas para discussão de casos, planejamento das ações e troca de experiências. As decisões serão tomadas de forma democrática, levando em consideração o posicionamento de todos os membros da equipe, com respeito à diversidade de opiniões.

Integração com outros Serviços - O Serviço Multiprofissional deverá estabelecer mecanismos de integração e articulação com outros serviços e setores da instituição, visando a complementaridade e a ampliação do cuidado aos usuários. A comunicação e o trabalho em rede serão valorizados para garantir a continuidade e a integralidade do atendimento.

Atuação Profissional - Os profissionais integrantes do Serviço Multiprofissional serão responsáveis por:

- Contribuir com seus conhecimentos e habilidades específicas para o cuidado integral aos usuários;
- Participar das reuniões e atividades de capacitação promovidas pela equipe;

- Realizar registros adequados das atividades desenvolvidas, visando a garantia da qualidade e a continuidade do cuidado;
- Respeitar a autonomia dos usuários, promovendo a participação ativa e o compartilhamento de decisões relacionadas ao seu cuidado;
- Atuar em conformidade com os princípios éticos e normas de suas respectivas profissões.

Capacitação e Atualização - O Serviço Multiprofissional deverá promover a capacitação e a atualização dos profissionais que o compõem, visando o aprimoramento de suas práticas e a incorporação de novos conhecimentos e tecnologias. Serão realizadas atividades de educação permanente, tais como cursos, treinamentos e discussões de casos.

Avaliação e Monitoramento - O Serviço Multiprofissional estabelecerá mecanismos de avaliação e monitoramento contínuo de suas atividades, com o objetivo de garantir a qualidade dos serviços prestados. Serão realizadas análises periódicas dos resultados alcançados, identificação de pontos de melhoria e definição de estratégias para o aprimoramento do cuidado.

O atendimento ambulatorial será realizado: Apoio Diagnóstico e Terapêutico ofertando: Sessões de Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional, Radiologia Convencional, Ultrassonografia com Doppler, Endoscopia Digestiva Alta, Colonoscopia, Eletrocardiograma, Ecocardiograma, Laboratório de Análises Clínicas, Mapa, Holter, Teste ergométrico, Densitometria óssea, Citoscopia, Espirometria, Nasofibroscopia, Audiometria, Bera, Otoneurolo gico, Biopsias (urológica,dermatológica e gastroenterologia), Broncoscopia e Odontologia, sendo estes mediante a disponibilidade e pactução do serviço.

CAPÍTULO II

DA ESTRUTURA ORGANIZACIONAL

Art. 4º - O hospital de Atenção Especializada apresenta a seguinte estrutura organizacional:

Diretoria geral (GESTOR)
Diretoria Médica (Técnica)
Coordenação Administrativa

Art. 5º - Constituem órgãos auxiliares da Diretoria da Unidade Atenção Especializada:

COMISSÕES PERMANENTES

Comissão de Revisão de Prontuários;
Comissão de Controle de Infecção Hospitalar;
Comissão de Farmácia e Terapêutica;
Comissão de Humanização da Assistência;
Comissão Núcleo de Segurança Paciente;

Art. 6º - DIRETORIA MÉDICA (TÉCNICA):

Serviços Médicos
Clínica Cirúrgica
Ambulatório

Serviços Assistenciais e de Apoio Diagnóstico e Terapêutico

Coordenação de Enfermagem (Gerência Operacional de Enfermagem)
Enfermagem
Laboratório de Análises Clínicas
Farmácia
Serviço Social
Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapeuta ocupacional
Nutrição e Dietética
Psicologia
Imagem
Endoscopia
Colonoscopia
.

CAPÍTULO III

DAS ATRIBUIÇÕES E INCUBÊNCIAS
SEÇÃO 1ª
DA DIRETORIA GERAL

Art. 7º – A Diretoria Geral (Gestor) tem por incumbências:

Participar da formulação do Plano Diretorpara cada exercício, em consonância com a política e diretrizes do SUS;

Coordenar o desenvolvimento dos planos traçados para as atividades médicas, técnicas, administrativas e financeiras do hospital;

Constituir comissões permanentes e transitórias para o estudo dos problemas médicos, técnicos e administrativos;

Coordenar a elaboração do orçamento anual de despesas, receitas e investimentos no hospital, bem como controlar a execução do mesmo;

Aprovar e encaminhar ao órgão de referência, os relatórios gerenciais mensais;

Instruir e aprovar normas, rotinas, fluxos e procedimentos internos da unidade e solicitar a revisão e atualização dos mesmos anualmente, ou quando sefizer necessário;

Aprovar meios para controle das infecções hospitalares;

Assegurar, no limite de sua autoridade, o cumprimento deste Regimento Interno bem como as normas, rotinas e procedimentos técnicos;

Zelar pela qualidade dos serviços prestados na unidade;

Manter um sistema de cooperação com a demais unidade de saúde;

Realizar reuniões periódicas com as coordenações dos diversos serviços;

Controlar a aquisição de todo material no que se refere a qualidade e custo;

Autorizar ou prestar informações ao Poder Judiciário, dentro dos preceitos estabelecidos pelos Códigos de Ética;

Cobrar o cumprimento do PGRSS – Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde da Unidade.

SEÇÃO 2ª

DA DIRETORIA MÉDICA

Art. 8º. A Diretoria Médica (Técnica) apresenta as seguintes atribuições:

Desenvolver o planejamento das atividades de assistência médica e técnicas do hospital;

Coordenar, supervisionar e avaliar a execução das atividades das unidades integrantes;

Fazer cumprir o regulamento e os atos da Diretoria referente ao Corpo Clínico;

Gerenciar os colaboradores das Unidades integrantes, garantindo satisfação no trabalho através de educação continuada, melhoria do ambiente de trabalho e alcance das metas de produtividade;

Integrar e participar das comissões sob suas normas;

Certificar-se da qualidade da assistência prestada ao paciente, através dos padrões formais da avaliação:

Instituir, avaliar e controlar os registros de assistência aos pacientes;

Promover e participar de reuniões periódicas com visitas a integração permanente das atividades do hospital;

Analisar as estatísticas do SAME (Serviço de Arquivo Médico e Estatístico);

Estabelecer normas de controle e avaliação da utilização dos recursos financeiros, humanos e

operacionais na execução das atividades das Unidades integrantes;

Representar a unidade junto às autoridades sanitárias e demais casos previstos por Lei;

Cumprir e fazer cumprir a legislação vigente.

Instruir e aprovar normas/ rotinas e procedimentos internos do hospital, avaliando a atualização dos mesmos anualmente, ou quando se fizer necessário;

Aprovar e cobrar o cumprimento do PGRSS da Unidade.

Dos Serviços Médicos

Art. 9º. Por meio da Unidade ambulatorial:

Programar as agendas de forma a haver uma distribuição homogênea durante todo o mês;

Orientar os médicos para que dêem uma assistência intensiva aos pacientes, a fim de que a consulta seja eficiente;

Zelar para que a prescrição;

Preencher de forma integral todas as formalidades relacionadas às documentações da Instituição, tanto no prontuário dos pacientes quanto as demais solicitadas pela administração.

Fazer a ficha de contra referência

Art. 10º. Por meio da Unidade de Clínica Cirúrgica:

Programar as internações hospitalares de forma a haver uma distribuição homogênea durante todo o mês;

Realizar um planejamento e programação eficaz de cirurgias com o objetivo de se estabelecer um controle de horários e disponibilidade de salas cirúrgicas, para que não ocorra coincidência de horário entre cirurgias de profissionais diferentes, resultando em atrasos e prorrogações de cirurgias, ou até mesmo na minimização da eficiência dos cuidados médico-cirúrgicos aos

pacientes que necessitem de atendimento imediato;

zelar pela utilização de profissionais capacitados e habilitados para realização de cirurgias, sejam elas para pacientes eletivos ou de emergência;

Orientar os médicos para que deem uma assistência intensiva aos pacientes, a fim de que a permanência dos mesmos no hospital seja adequada a cada patologia;

Zelar para que a prescrição obedeça à padronização dos medicamentos implantada pelo hospital.

Colaborar de forma direta para que os índices de infecção sejam elaborados da forma mais ampla e correta possível;

Fazer todas as prescrições por escrito e assinadas e, no caso de impossibilidade, prover para que o médico de plantão o faça;

Visitar os pacientes diariamente, analisando e acompanhando sua evolução clínica;

Preencher de forma integral todas as formalidades relacionadas às documentações da Instituição, tanto no prontuário dos pacientes quanto as demais solicitadas pela administração.

Art. 11º Por meio da Unidade de Internação em Hospital Dia;

Receber, registrar e supervisionar toda a movimentação dos pacientes daInstituição em regime de internação;

Planejar, executar, supervisionar e controlar as atividades de enfermagem à todos os pacientes, internados;

Proporcionar condições ideais de atendimento aos pacientes, contando com infraestrutura e conhecimentos técnicos específicos para tal;

Executar os procedimentos prescritos pelas Equipes Médicas, como também os procedimentos respaldados pelo COREN dentro dos padrões técnicos reconhecidos e científicos, assegurando a qualidade da assistência prestada ao paciente

Realizar atividades que visem o desenvolvimento de técnicas de assistência de enfermagem, e promover a disseminação do conhecimento assistencial para a Instituição

elaborar o histórico de enfermagem, diagnóstico, evolução e prescrição, como também o plano de ação para os pacientes da Instituição.

Dos Serviços Assistenciais e de Apoio ao Diagnóstico e Terapêutica

Art. 12º. O Serviço de Enfermagem apresenta as seguintes atribuições:

§1º - Por meio da Coordenação de Enfermagem (Gerencia Operacional):

Planejar, programar, coordenar e supervisionar todas as atividades e recursos disponíveis para a prestação de assistência de enfermagem aos pacientes da Instituição;

Identificar as necessidades das Unidades em relação a equipamentos, instalações, bens permanentes e instrumental, em articulação com a Diretoria Administrativa, promovendo a disponibilização destes itens;

Visitar todas as unidades da Instituição, visando a avaliação da assistência prestada pela equipe de enfermagem aos usuários;

Zelar pela qualidade da assistência de enfermagem prestada aos pacientesda Instituição, como também garantir a integridade das atividades médicas e assistenciais;

Avaliar a assistência de enfermagem e o desempenho da unidade, com o intuito de obter informações detalhadas para a tomada de decisões que interfiram diretamente no aprimoramento e aperfeiçoamento da assistência de enfermagem;

Estudar a implantação de novas técnicas de trabalho, visando a constante atualização da enfermagem do hospital aos progressos técnico-científicos;

Garantir a elaboração de manuais de normas, rotinas e procedimentos, o seu devido cumprimento nas Unidades operacionais e atualização anual dos mesmos;

Elaborar e apresentar periodicamente à Diretoria da Instituição, os relatórios sobre o

desenvolvimento das execuções das atividades de assistência de enfermagem, como também de suas necessidades;

Implantar, desenvolver, acompanhar e avaliar a Sistematização da Assistência de Enfermagem – SAE;

Praticar e disseminar em sua área de atuação todos os princípios e diretrizes gerenciais adotadas pela Instituição;

Coordenar, acompanhar e avaliar o serviço de enfermagem e sua equipe técnica em relação à qualidade da assistência prestada através das áreas que compõem a Coordenação de Enfermagem;

Interagir com a Diretoria Médica em assuntos médicos ou técnicos, e com as demais coordenações da Instituição para assuntos relacionados a cada área, buscando otimizar os processos operacionais;

Implantar e acompanhar os processos operacionais visando o controle dos custos nas Unidades;

Desenvolver estratégias de acompanhamento e avaliação com vistas a alcançar as metas definidas;

§2º - Por meio da Unidade de Ambulatório:

Promover a assistência de enfermagem aos pacientes;

Promover o encaminhamento correto dos pacientes quanto da realização de exames e procedimentos terapêuticos;

Promover programas de assistência sanitária a serviço da comunidade, através de ações de orientação e controle;

Manter um controle rigoroso juntamente com o SAME, a respeito da utilização dos prontuários, assim como, da correta tramitação e garantia da integridade dos mesmos;

Planejar e programar a quantidade e qualidade dos recursos humanos e materiais a serem

utilizados a fim de garantir a prestação de assistência de enfermagem com qualidade e compromisso com o bem-estar dospacientes da Instituição;

§4º - Por meio da Unidade do Centro Cirúrgico:

Planejar, programar, executar, supervisionar e controlar a assistência aos pacientes da Instituição que necessitem de procedimentos cirúrgicos em situações de emergência ou eletivos;

Planejar e programar a quantidade e qualidade dos recursos humanos e materiais necessários para execução dos procedimentos cirúrgicos demandados;

Zelar pela utilização eficiente dos recursos disponíveis;

Administrar os recursos e atividades da Unidade de Recuperação Pós-Anestésica, para que proporcionem os devidos cuidados necessários à recuperação eficaz dos pacientes;

Manter um registro e controle eficaz dos materiais utilizados na Unidade, a fim de permitir procedimentos em conformidade com os padrões pré- estabelecidos;

Realizar o controle das cirurgias realizadas na Unidade, como também da quantidade de medicamentos e materiais médico-cirúrgicos utilizados;

Garantir a limpeza da Unidade por intermédio das técnicas adequadas de desinfecção e higienização hospitalar, pelo cumprimento do cronograma delavagens terminais;

Fornecer regularmente à Diretoria Médica, a relação de cirurgias realizadase a necessidade de recursos físicos e humanos para a otimização das atividades.

§5º - Por intermédio da Unidade Central de Material e Esterilização (CME):

Receber, limpar, preparar, esterilizar, armazenar e distribuir todos os materiais esterilizados e/ou sanitizados para o Centro-Cirúrgico, unidades de internação do hospital e outras unidades;

Realizar um controle efetivo sobre todos os materiais em uso nos diferentes serviços e unidades do hospital, mantendo o inventário de materiais sempre atualizado;

Receber, processar e distribuir a roupa esterilizada para uso nas salas cirúrgicas e de parto e demais serviços que delas necessitem;

Promover medidas de prevenção e controle das transmissões de infecções pelo material processado no setor;

Realizar o planejamento quantitativo e qualitativo do material médico- hospitalar frente às metas estipuladas para a unidade, a fim de prover o suprimento dos mesmos aos diversos setores, em colaboração com as devidas chefias;

Desenvolver programas de orientação e treinamento do pessoal lotado no setor frente aos novos padrões técnicos de suas atividades;

Manter um sistema de controle bacteriológico eficaz e que garanta a qualidade da esterilização.

Art.13º. Ao Serviço de Laboratório de Análises Clínicas compete:(Serviço Terceirizado)

Realizar exames laboratoriais solicitados;

Laboratório terceirizado

- ✓ realizar exames laboratoriais solicitados ;
- ✓ suprir a demanda por diagnósticos precisos através da realização de estudos
- ✓ análises dos resultados dos exames laboratoriais de líquidos biológicos prescritos para os pacientes internos ou externos da Instituição;
- ✓ zelar pela correta utilização dos recursos físicos, identificados principalmente pelos equipamentos; e do desenvolvimento e capacitação dos recursoshumanos da unidade;
- ✓ manter em atividade contínua os equipamentos, dispositivos e respectivosinsumos para o correto desenvolvimento dos exames prescritos pelos profissionais da Instituição;
- ✓ avaliar os resultados dos procedimentos específicos e elaborar os respectivos laudos técnicos, como também prover o correto encaminhamento dos mesmos às unidades requisitantes;
- ✓ manter um controle eficaz da quantidade de exames realizados;
- ✓ promover a capacitação técnicas dos profissionais envolvidos na análise ediagnóstico de

materiais biológicos;

- ✓ elaborar dados estatísticos e epidemiológicos;
- ✓ buscar a excelência dos resultados obtidos.

Art.14º. Ao Serviço de Farmácia compete:

Assessorar o corpo clínico do hospital com relação aos aspectos farmacológicos dos medicamentos, responsabilizar-se tecnicamente pelas aquisições de medicamentos e produtos farmacêuticos, garantindo sua qualidade e adequada conservação;

Elaborar a previsão e o consumo dos medicamentos, produtos farmacêuticos e saneantes químicos usados na unidade;

Responsabilizar-se tecnicamente pelas aquisições de medicamentos e produtos farmacêuticos, garantindo a sua qualidade e adequada conservação;

Estabelecer um sistema de recebimento, estocagem e distribuição de medicamentos, seguro e eficiente, capaz de suprir as unidades de assistência com os medicamentos prescritos pelo corpo clínico da instituição;

Exercer de forma efetiva o gerenciamento do estoque de medicamentos, mantendo registro de consumo, perda e extravio para fins de baixa ou substituição;

Estabelecer centro de informações de medicamentos para as equipes médica e de enfermagem, visando melhor utilização dos medicamentos;

Participar em estreita colaboração com a equipe médica dos estudos decasos programados e na manutenção da vigilância contínua sobre os efeitos adversos dos medicamentos;

Elaborar relatórios, estatísticas ou inventários periódicos dos medicamentos estocados de acordo com orientação da Administração;

Receber as requisições das prescrições, triar e dispensar as medicações em doses individualizadas;

Controlar, diluir e distribuir os saneantes químicos e produtos afins, segundo padronização e normas da CCIH, obedecendo a indicação e utilização dos mesmos;

Executar programas de educação em serviço, promovendo a orientação técnica do pessoal da Farmácia;

Observar o cumprimento a legislação vigente;

Cooperar com a Comissão de Farmácia e Terapêutica nas atividades de desenvolvimento e análise para a padronização dos medicamentos em uso nohospital;

Controlar a movimentação de medicamentos e correlatos, em especial, dos entorpecentes e psicotrópicos.

Art. 15º. Ao Serviço Social compete:

Orientar o usuário quanto as normas e rotinas da unidade;

Realizar entrevista social, estabelecendo o plano de intervenção do Serviço Social;

Orientar o paciente, familiares ou responsáveis quanto a remoção do paciente de alta hospitalar, contribuindo para a otimização do leito hospitalar;

Elaborar, implantar, coordenar e avaliar a execução e desenvolvimento de planos, programas e projetos do Serviço Social, através do acompanhamento sistemático;

Elaborar e adotar manual de normas, rotinas e procedimentos, onde sejam estabelecidas as atribuições do pessoal do serviço;

Proceder acompanhamento social do tratamento de saúde;

Orientar os usuários a utilizarem adequadamente os recursos institucionais, sociais e da comunidade, face as situações constatadas;

Desenvolver o trabalho em grupo com usuários e/ou seus responsáveis, de acordo com as necessidades apresentadas e visando o desenvolvimento dos aspectos sociais;

Interpretar a situação social do paciente e sua família junto a equipe multiprofissional;

Elaborar e atualizar, sempre que necessário, a relação de recursos da comunidade a fim de prover os devidos encaminhamentos de pacientes,familiares e funcionários;

Realizar campanhas educativas, elaboradas a partir das necessidades identificadas;

Estimular o usuário a participar do seu tratamento de saúde;

Trabalhar preventiva e resolutivamente as situações de rejeição familiar;

Participar com os demais membros da equipe de equipe de saúde do processo de transferência, assim como dos avisos de óbitos, prestando aos familiares as orientações concernentes à situação;

§1º - Por meio da caixa de sugestão/resolução de queixas:

Disponibilizar um formulário para reclamação e/ou sugestões sobre osserviços do hospital;

Receber e apurar reclamações relativas a quaisquer ações ou omissões dos colaboradores da do hospital.

Receber, analisar e encaminhar as manifestações e/ou solicitações aos setores respectivos;

Cobrar a solução das demandas dentro dos prazos pactuados e dar um retorno ao autor da solicitação fornecendo-lhe os devidos esclarecimentos, alternativas e soluções;

Promover recomendações, propostas e gestões em colaboração com os demais setores buscando aprimorar o atendimento oferecido;

Entregar pesquisa de satisfação aos pacientes internados e/ou responsáveis e usuários dos diversos serviços oferecidos do hospital;

Tabular mensalmente os resultados da pesquisa de satisfação encaminhando a Diretoria Geral e demais coordenações.

Art. 16º. Ao Serviço de Fisioterapia compete:

Realizar os procedimentos de fisioterapia nos pacientes em regime ambulatorial;
Prescrever, manter, desenvolver ou restaurar a integridade de órgão, sistema ou função do corpo humano por meio de ação, isolada ou concomitante, de agente termoterápico ou crioterápico, aeroterápico, fototerápico ou eletroterápico, determinando:
O objetivo da terapia e a programação para atingi-lo;
A fonte geradora do agente terapêutico, com a indicação de particularidades na utilização da mesma, quando for o caso;
A região do corpo do cliente a ser submetida a ação do agenteterapêutico;
A dosagem e frequência do número de sessões terapêuticas com indicação do período de tempo de duração de cada uma;
A técnica a ser utilizada.

Utilizar com o emprego ou não de aparelho, exercício respiratório, cárdio- respiratório, cárdio-vascular, de educação ou reeducação neuromuscular, regeneração muscular, relaxamento muscular, locomoção, regeneraçãoosteo-articular, correção de vício postural, adaptação ao uso de órtese ou prótese e adaptação dos meios materiais, pessoais ou ambientais disponíveis para desempenho físico do paciente, determinando:
O objetivo da terapia e a programação para o atingi-lo;
O segmento do corpo do cliente a ser submetido ao exercício;
A modalidade do exercício a ser aplicado e a respectiva intensidade;
A técnica de massoterapia a ser aplicada, quando for o caso;
A orientação ao paciente para a execução da terapia em sua residência,quando for o caso;
A dosagem de frequência e do número de sessões terapêuticas com aindicação do período de tempo de duração de cada uma.

Manter os equipamentos em perfeito funcionamento e procurar renová-los sempre que possível, para que a unidade tenha o melhor desempenho e atualização tecnológica.

Art. 17º. Ao Serviço de Nutrição e Dietética, compete:

Definir, planejar, organizar e avaliar as atividades de assistência nutricional aos clientes da instituição;

Avaliar o estado nutricional do cliente a partir do diagnóstico clínico, exames laboratoriais, anamnese alimentar e exames antropométricos;

Realizar assistência dietoterápica hospitalar planejando, prescrevendo, analisando e acompanhando a dieta dos pacientes;

Registrar diariamente no prontuário do paciente, a prescrição dietoterápica, a evolução nutricional, as intercorrências e a alta em nutrição;

Supervisionar e controlar os equipamentos e utensílios utilizados pelo setor;

Integrar a equipe multidisciplinar, com participação plena na atenção prestadaao paciente;

Supervisionar e estabelecer um sistema de recebimento, estocagem e distribuição de gêneros alimentícios, seguro e eficiente, capaz de suprir as unidades de assistência com as dietas prescritas pelo corpo clínico da instituição;

Prestar assistência nutricional junto ao Corpo Clínico do hospital com relação à prescrição dietoterápica a serem servidas aos pacientes, acompanhantes e
funcionários da Instituição;

Prestar orientações dietoterápica, acompanhamento e educação alimentar aos pacientes internados, de ambulatório e funcionários da Instituição;

Manter um sistema de avaliação da assistência dietética prestada aos pacientes;

Preparar e distribuir a alimentação dos pacientes e funcionários do hospital, obedecendo as normas científicas de dietas e cardápios adequados;

Acompanhar o tratamento dos pacientes após a avaliação clínica, com a evolução dietoterápica;

Exercer de forma efetiva o gerenciamento do estoque de gêneros alimentíciose produtos afins, mantendo registro de consumo e das refeições distribuídas;

Garantir a higienização do material, equipamentos e áreas de trabalho, garantindo a segurança alimentar;

Desenvolver programas de treinamento para todas as categorias do pessoal da nutrição;

Apresentar relatórios e dados específicos para execução dos controles administrativos.

Art. 18º. - Ao Serviço de Psicologia compete:

Promover a humanização do atendimento, facilitando a relação equipe/ paciente;

Atendimento psicológico ambulatorial

Auxiliar o paciente e a família na compreensão da doença e tratamento, tornando-os ativos no processo de recuperação;

Trabalhar de forma integrada com os demais profissionais de saúde, colaborando assim para uma visão global do paciente dentro de um enfoque multidisciplinar e possibilitando a assistência e apoio técnico à equipe;

Preparar pacientes para cirurgia a fim de que possam lidar com aspectos práticos e de rotina de uma cirurgia, bem como as fantasias que advém desta situação;

Trabalhar os conflitos intrapsíquicos gerados ao adoecer, melhorando a qualidade de vida dos pacientes;

Trabalhar e/ou preparar o paciente para mudanças em seu esquema corporala fim de aceitar melhor seu novo estado físico;

Amenizar e elaborar sentimentos depressivos, de angústia e insegurança, trazendo o sentido de realidade e de conhecimento dos limites determinados pela própria doença, transmitindo confiança em suas possibilidades e apoiando suas realizações;

Art. 19º. Ao Serviço de Terapia Ocupacional compete:

Realizar os procedimentos de terapia ocupacional nos pacientes em regime ambulatorial;
Indivíduos portadores de alterações cognitivas, afetivas, perceptivas e psicomotoras, decorrentes ou não de distúrbios genéticos, traumáticos ou de doenças adquiridas por meio da utilização da atividade humana como base de desenvolvimentode projetos terapêuticos específicos.

É uma área que tem intervenção voltada para a pessoa e seu grupo social. O objetivo é ampliar o campo de ação, desempenho, autonomia e participação, considerando recursos e necessidades de acordo com o momento e lugar, estimulando condições de bem-estar e autonomia. Por meio do fazer afetivo, relacional, material e produtivo o profissional contribui com os processos de produção de vida e saúde.

Manter os equipamentos em perfeito funcionamento e procurar renová-los sempre que possível, para que a unidade tenha o melhor desempenho e atualização tecnológica.

Art. 20º. Ao Serviço de Fonoaudiologia compete:

Atuar precoce e preventivamente através de avaliação, orientação etratamento;
b) Reequilibrar alterações miofuncionais, evitando possíveis danos nosprocessos fonatórios e cognitivos;
Participar de equipe multiprofissional traçando e atuando em terapêuticasque levem ao bom prognóstico;
Diagnosticar sintomas de distúrbios fonoaudiólogos precocemente; retornar à alimentação por via oral, restabelecendo funções vitais de sucção,
Mastigação, deglutição e fala, diminuindo o tempo de hospitalização e Evitando reinternações por infecções respiratórias;

estimular e agilizar a alta hospitalar, com os menores danos possíveis ao Indivíduo no seu retorno à sociedade, diminuindo inclusive os custos da Hospitalização.

manter um controle rígido sobre a proteção radiológica da unidade;

zelar pela correta utilização dos recursos físicos, identificados principalmente pelos equipamentos; e do desenvolvimento e capacitação dos recursos humanos da unidade;

manter em atividade contínua os equipamentos, dispositivos e respectivos insumos para o correto desenvolvimento dos exames prescritos pelos profissionais da Instituição;

avaliar os resultados dos procedimentos específicos e elaborar os respectivos laudos técnicos, como também prover o correto encaminhamento dos mesmos às unidades requisitantes;

manter um controle eficaz da quantidade de exames realizados.

Art. 21º. Ao Serviço de Imagem compete:

suprir a demanda por diagnósticos precisos através da realização de estudos e análises dos exames de radiologia, tomografia, ultrassonografia dentre outros, prescritos para os pacientes internos;

manter um controle rígido sobre a proteção radiológica da unidade;

zelar pela correta utilização dos recursos físicos, identificados principalmente pelos equipamentos; e do desenvolvimento e capacitação dos recursoshumanos da unidade;

manter em atividade contínua os equipamentos, dispositivos e respectivos insumos para o correto desenvolvimento dos exames prescritos pelos profissionais da Instituição;

avaliar os resultados dos procedimentos específicos e elaborar os respectivos laudos técnicos, como também prover o correto encaminhamento dos mesmos às unidades requisitantes;

manter um controle eficaz da quantidade de exames realizados.

Art. 22º. Ao Serviço de Endoscopia compete:

suprir a demanda por diagnósticos precisos através da realização de estudos e análises dos exames endoscópicos prescritos para os pacientes internos;

zelar pela correta utilização dos recursos físicos, identificados principalmente pelos equipamentos; e do desenvolvimento e capacitação dos recursos humanos da unidade;

manter em atividade contínua os equipamentos, dispositivos e respectivos insumos para o correto desenvolvimento dos exames prescritos pelos profissionais da Instituição;

avaliar os resultados dos procedimentos específicos e elaborar os respectivos laudos técnicos, como também prover o correto encaminhamento dos mesmos às unidades requisitantes;

manter um controle eficaz da quantidade de exames realizados.

Cumprir o PGRSS da Unidade, realizando o descarte apropriado dos resíduos do setor

Art. 23º. Ao Serviço de Colonoscopia compete:

suprir a demanda por diagnósticos precisos através da realização de estudos e análises dos exames colonoscopia prescritos para os pacientes internos;

zelar pela correta utilização dos recursos físicos, identificados principalmente pelos equipamentos; e do desenvolvimento e capacitação dos recursos humanos da unidade;

manter em atividade contínua os equipamentos, dispositivos e respectivos insumos para o correto desenvolvimento dos exames prescritos pelos profissionais da Instituição;

avaliar os resultados dos procedimentos específicos e elaborar os respectivos laudos técnicos, como também prover o correto encaminhamento dos mesmos às unidades requisitantes;

manter um controle eficaz da quantidade de exames realizados.

f) Cumprir o PGRSS da Unidade, realizando o descarte apropriado dos resíduosdo setor.

Art. 24º. Ao Serviço de exame do Ultrassonografia compete:
suprir a demanda por diagnósticos precisos através da realização de estudos e análises do exame de Ultrassonografia prescritos para os pacientes internos;

zelar pela correta utilização dos recursos físicos, identificados principalmente pelos equipamentos; e do desenvolvimento e capacitação dos recursos humanos da unidade;

manter em atividade contínua os equipamentos, dispositivos e respectivos insumos para o correto desenvolvimento dos exames prescritos pelos profissionais da Instituição;

avaliar os resultados dos procedimentos específicos e elaborar os respectivos laudos técnicos, como também prover o correto encaminhamento dos mesmos às unidades requisitantes;

manter um controle eficaz da quantidade de exames realizados.

Art. 25º. Ao Serviço de exame do Ecocardiograma compete:

suprir a demanda por diagnósticos precisos através da realização de estudos e análises do exame de Ecocardiograma prescritos para os pacientes internos;

zelar pela correta utilização dos recursos físicos, identificados principalmente pelos equipamentos; e do desenvolvimento e capacitação dos recursos humanos da unidade;

manter em atividade contínua os equipamentos, dispositivos e respectivos insumos para o correto desenvolvimento dos exames prescritos pelos profissionais da Instituição;

avaliar os resultados dos procedimentos específicos e elaborar os respectivos laudos técnicos, como também prover o correto encaminhamento dos mesmos às unidades requisitantes;

manter um controle eficaz da quantidade de exames realizados.

Art. 26º. Ao Serviço de exame do Raio x compete:

suprir a demanda por diagnósticos precisos através da realização de estudose análises do exame de Raio X prescritos para os pacientes internos;

zelar pela correta utilização dos recursos físicos, identificados principalmente pelos equipamentos; e do desenvolvimento e capacitação dos recursos humanos da unidade;

manter em atividade contínua os equipamentos, dispositivos e respectivos insumos para o correto desenvolvimento dos exames prescritos pelos profissionais da Instituição;

avaliar os resultados dos procedimentos específicos e elaborar os respectivos laudos técnicos, como também prover o correto encaminhamento dos mesmos às unidades requisitantes;

manter um controle eficaz da quantidade de exames realizados.

SEÇÃO 3ª

DA COORDENAÇÃO ADMINISTRATIVA

Art. 27º. - À Coordenação Administrativa compete:

Assessorar à Diretoria Geral e Diretoria Médica na execução, avaliação e controle de

propostas e planos de ação para os diversos setores do hospital.

Coordenar as atividades relativas ao controle orçamentário e financeiro, bem como, as atividades da contabilidade;

Apresentar periodicamente à diretoria geral relatórios sobre a posição financeira da instituição e simulação de cenário futuros;

Apresentar a diretoria geral o orçamento anual da instituição;

Estabelecer normas de controle e avaliação da utilização dos recursos financeiros na execução das atividades da instituição.

Coordenar e supervisionar as seções e setores de sua responsabilidade;

Desenvolver o planejamento das atividades administrativas;

Analisar sob o ponto de vista administrativo todas as propostas para execução de serviços por terceiros, sob regime de contrato ou convênio, se for o caso;

Estabelecer normas de controle e avaliação da utilização dos recursos materiais e humanos na execução das atividades da instituição;

Desenvolver e implantar novas técnicas de gestão dos serviçosadministrativos;

Gerenciar o corpo de funcionários da instituição, garantindo satisfação no trabalho através de educação continuada, melhoria do ambiente de trabalho ealcance das metas de produtividade;

Visitar com regularidade as dependências da do hospital e outras áreas físicas,com o objetivo de detectar os problemas ou pendências apresentadas;

Propor e aprovar normas, rotinas e procedimentos dos setores geridos por essa coordenação;

Coordenar e supervisionar as atividades de segurança no trabalho, visando a redução/ eliminação de acidentes por intermédio da cipa (comissão interna de prevenção de acidentes), assim como prover recursos necessários para a execução de suas atividades.

Art. 28º. Este Regimento entrará em vigor após aprovação do mesmo, não podendo nenhum colaborador lotado do hospital alegar o desconhecimento do mesmo ou das suas determinações.



10.2.1: ÁREA DE ATIVIDADE

IMPLANTAÇÃO DA GESTÃO

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

O HMTJ propõe a utilização de um Sistema integrado de Gestão hospitalar já existente na unidade, (MV) que abrange todos os profissionais das áreas meio e fim do hospital. As informações geradas pelo sistema podem ser usadas amplamente em todo o hospital desde o porteiro ao fazer uma consulta para localizar um paciente internado, à Direção do Hospital como ferramenta de gestão, e aos gestores da fundação subsidiandoas tomadas de decisão.

Módulos do Sistema

Pronto Atendimento e Emergência

Cadastramento de pacientes para atendimento de pronto atendimento e emergência na unidade hospitalar (a base de dados contempla os quesitos básicos para o atendimento hospitalar e posterior cobrança ambulatorial e/ou internação hospitalar)

Internação Hospitalar e Alta

Todo o fluxo do paciente dentro do hospital feitas nas unidades de internação são atualizadas no sistema assim como a grade de leitos.No Momento da alta do paciente o serviço de enfermagem registra no sistema a saída do paciente e o leito volta automaticamente a sua classificação de leito livre na grade de leitos.

Consulta Ambulatorial

Agendamento de consultas ambulatoriais, dando ao usuário do SUS possibilidade de escolha do dia e horário da consulta nos horários disponíveis e reservados por médico ou e especialidade**;**

Farmácia/ Estoque

O sistema permite o gerenciamento da dispensação de medicamentos, controlando a entrada e saída de medicamentos/materiais médicos hospitalares das farmácias, através de leitura de código de barras, que tem a finalidade de agilizar o processamento das informações relativas as saídas dos medicamentos dispensados.

Exames de Imagens e Laboratório

O módulo foi projetado para registrar as informações referentes a todos os exames vinculados ao diagnóstico terapêutico por imagens, quais sejam, Raio X, Tomografia, Utrasonografia, Endoscopia etc. por meio de recebimento on-line dos pedidos de exames de pacientes provenientes do Ambulatório, Pronto Atendimento ou Internação com emissão de laudos

PEP (Prontuario Eletronico do Paciente)

O prontuário médico informatizado tem como objetivo o suporte ao cuidado médico facilitando e documentando a atenção ao paciente. As informações das ações e cuidados registradas servem de base à pesquisa e ao ensino, como também controle de qualidade e à auditoria médica. Buscando dar maior agilidade aos processos da assistência o prontuário informatizado que contempla a prescrição médica, solicitação de exames, anamnese, evolução medica e de outros profissionais, alta medica .

Gestão Eficiente de UTI

Com o modulo de gestao eficiente de utis, e possivel realizar avaliações e acompanhamento da utilização dos recursos e procedimentos, calculo dos principais scores de prognosticos, prevenções das principais complicações em UTIs, avaliação da eficiencia da clinica de UTIs, estimativa de probabilidade de obito e taxa de mortalidade padronizada e tambem comparativo de indicadores em tempo real.

Processos Centrais de Gestão :

O Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus têm como ferramenta de gestão e planejamento um sistema de software Enterprise Resource Planning (ERP) licenciado pela empresa TOTVS da linha RM (BackOffice), que proporcionam uma visão estratégica dos principais indicadores administrativos da instituição.

Gestão de Estoque, Compras e Faturamento

Dentro deste módulo temos sub opções que integram a ferramenta:

Gestão de Estoque e Custos

Este módulo controla a movimentação e a armazenagem de materiais, mantendo um controle físico e financeiro sobre o estoque. O módulo também permite controlar as transferências de materiais entre filiais e locais de estoque, controlando o estoque em trânsito, assim como o estoque próprio em poder de terceiros e o estoque de terceiros em poder da sua empresa.

Gestão de Compras e Suprimentos

A Gestão de Compras e Suprimentos oferece acompanhamento a carteira de fornecedores, cotações, pedidos e o recebimento, permitindo a reposição dos estoques. Permite compras centralizadas por Filiais. Possui controle para aprovação de compra, e permite registrar notas fiscais. Toda movimentação de estoque é integrada com o financeiro e contábil.

- **Gestão de Contratos**

Controle a contratos em geral, permitindo controles periódicos, não periódicos ou por medição. Gera previsão financeira a partir dos dados dos contratos.

- **Controle Orçamentário**

Controla o orçamento de despesas baseado em quatro níveis hierárquicos: por Centro de Custo, Grupo Orçamentário, Natureza Orçamentária Financeira e porPeríodo Orçamentário.

- **Gestão Financeira**

Faz todo o controle de fluxo de caixa, contas a pagar e contas a receber, com valores de lançamentos calculados por fórmulas, assim como controle orçamentário de receitas e despesas; e controle de impostos e contribuições retidas. Os lançamentos financeiros são gerados automaticamente por meio da integração com Compras, Faturamento, Contratos. Toda a movimentação financeira é integrada com o módulo de Gestão Contábil.

- **Gestão Patrimonial**

Gere os ativos patrimoniais da instituição. Permite acompanhar a depreciação dos ativos e suas alocações, registrando sua localização e centro de custo.

- **Gestão Contábil**

Módulo que recebe todos os dados necessários para o controle contábil e gerencial. Usa os dados de outros módulos de Gestão Contábil, Financeira Estoque, Compras e de Faturamento integrando as informações. O sistema traz informações e conferência dos lotes, antes do envio do Sped Contábil.

- **Folha de Pagamento**

Processa envelopes de pagamento de acordo com as regras internas e baseadas em convenções coletivas assinadas com sindicatos. Incluímos lançamento de eventos, vale transporte, salário maternidade, empréstimos dentre outros.

- **Portal RH**

O Portal RH vinculada ao relacionamento com os colaboradores, disponibilizando consultas de contracheque, entre outros processos.

- **Automação de Ponto**

Controla toda Automação de Ponto e compensação de bancos de horas, integrados automaticamente ao módulo de Folha de Pagamento, através de marcações de ponto importadas automaticamente ao sistema.

- **Gestão de Pessoas**

Módulo de tratamento ao registro dos colaboradores em todas suas instâncias. Escolha de funcionários através de cadastros de Recrutamento e Seleção. Gerencia etapas de processo desde a inscrição do candidato no portal até a contratação. O módulo gerencia Banco de Currículos. Gerencia também a estrutura de cargos, níveis e as faixas salariais, criando estrutura salarial vinculada à lotação de trabalho.

- **Módulo Inteligência de Negócios**

Todos os dados permitem a geração de relatórios com os principais indicadores de desempenho da área dos os módulos assistidos para melhores tomadas de decisões por parte dos gestores.

- **FLUIG**

A plataforma TOTVS Fluig, concentra vários processos, documentos, acesso a dados e rotinas institucionais integradas com os módulos do BackOffice, atendendo às exigências da Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD). São produzidos solicitações e a realização de tarefas dentro de fluxos de trabalhos através de formulários dinâmicos. Criamos possibilidades de análise de indicadores e Dashboards vinculados a plataforma Microsoft POWER BI.

10.2.1: ÁREA DE ATIVIDADE

IMPLANTAÇÃO DA GESTÃO

Proposta para Regimento do Corpo Clínico

REGIMENTO INTERNO DO CORPO CLÍNICO DO HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO - HERSO

CAPÍTULO I

DA FINALIDADE

Artigo 1º - A finalidade do presente regimento é a normatização do relacionamento entre os profissionais médicos e a instituição de saúde Hospital Estadual de Santa helena de Goiás, observadas as Resoluções do Conselho Federal de Medicina n.os 1124/83, 1.342/91, 1.352/92, 1.481/97 e Código de Ética Médica.

CAPÍTULO II DO OBJETIVO

Artigo 2º - O corpo clínico terá como objetivos, entre outros:

a) Contribuir para o bom desempenho profissional dos médicos;

b) Assegurar a melhor assistência à clientela da instituição;

c) Colaborar para o aperfeiçoamento dos médicos e do pessoal técnico da instituição;

d) Estimular a pesquisa médica;

e) Cooperar com a administração da instituição visando melhoria da assistência prestada;

f) Estabelecer rotinas para a melhoria da qualidade dos serviços prestados.

CAPÍTULO III

DA CONSTITUIÇÃO DO CORPO CLÍNICO

Artigo 3º - O alvo de toda atenção do médico é o doente, em cujo benefício deve ele agir com o máximo de zelo e o melhor de sua capacidade profissional, uma vez que a figura do paciente se constitui em origem de toda atividade médica e hospitalar.

Parágrafo Único - Será sempre preservada a autonomia profissional de cada médico, assim como os preceitos de moral ética conceituados no Código de Ética Médica, em especial os referentes às relações de médico para médico.

Artigo 4º - O corpo clínico é composto por médicos que nele trabalham habitualmente e que foram aprovados em Assembleia Geral, previamente referendados pela direção da instituição.

Artigo 5º - O corpo clínico será constituído pelos seguintes grupos de profissionais:

a) Efetivos cedidos

b) Contratados

c) Residentes

d) Serviços Médicos Terceirizados

Artigo 6º - São médicos efetivos aqueles que possuam funções definidas em qualquer dos serviços médicos da instituição, admitidos por meio de concurso público realizado pela Secretaria de Estado da Saúde de Goiás – SES/GO, e cedidos para o HMTJ.

Artigo 7º - São médicos contratados os profissionais admitidos pelo HMTJ, de acordo com a legislação trabalhista em vigor e as normas previstas neste Regimento Interno.

Artigo 8º - São médicos residentes os profissionais vinculados à programação de ensino e treinamento mantida pelo hospital em convênio com faculdades de medicinabrasileiras.

CAPÍTULO IV DA ADMISSÃO AO CORPO CLÍNICO

Artigo 9º - Os (As) pretendentes a ingressarem no corpo clínico do HERSO deverão encaminhar os documentos abaixo elencados para posterior análise e aprovação das diretorias da unidade e das coordenações do HMTJ, afim de se observar a possibilidade e necessidade da admissão pleiteada:

a) "curriculum vitae";

b) cópia do diploma de médico registrado nos órgãos competentes;

c) cópias de certificados de cursos (se os tiver);

d) cópia do título de residência médica reconhecida pelo Ministério da Educação - MEC, na especialidade pretendida pelo candidato;

e) cópia do certificado de registro da especialidade médica junto ao CREMEGO;

f) cópias das folhas 2, 3 e 5 de sua carteira do CREMEGO;

g) cópia da certidão de nada consta em relação a condenações éticas junto ao CREMEGO;

h) cópia da certidão de quitação de débitos junto ao CREMEGO;

i) uma fotografia 3x4 recente;

Artigo 10º - A diretoria clínica manterá arquivo de todos os documentos em pasta individual para cada médico.

CAPÍTULO V DOS ÓRGÃOS DE DIREÇÃO

Artigo 12º - O corpo clínico da instituição possui os seguintes órgãos de direção:

a) Assembleia Geral;

b) Diretoria Clínica;

c) Diretoria Técnica;

d) Comissão de Ética Médica;

e) Comissão de Controle de Infecção Hospitalar;

f) Comissão de Revisão de Prontuários Médicos;

g) Coordenações do HMTJ.

TÍTULO I DA ASSEMBLÉIA GERAL

Artigo 13º - A Assembleia Geral é integrada por todos os médicos do corpo clínico. Artigo 14º - A Assembleia Geral será presidida pelo diretor clínico ou seu substituto legal, seguindo-se ordem prevista. Na ausência desta possibilidade, por um dos membros presentes indicado pela maioria simples do quórum.

Parágrafo Único - O Presidente da Assembleia Geral solicitará a um dos membros presentes que exerça as funções de Secretário.

Artigo 15º - A Assembleia Geral reunir-se-á ordinariamente a cada 12 (doze) meses, e extraordinariamente quando requerida oficialmente por 1/3 dos membros do corpo clínico, com antecedência mínima de 24 (vinte e quatro) horas.

§ 1º. - As Assembleias Gerais Ordinárias e Extraordinárias serão realizadas em primeira chamada com 2/3 dos componentes do corpo clínico, e com qualquer número em segunda chamada, 01 (uma) hora depois.

§ 2º. - As resoluções da Assembleia Geral de corpo clínico serão tomadas por maioria simples de votos, exceto para a exclusão de membros, quando serão exigidos 2/3 dos votos.

§ 3º. - As votações poderão ser secretas e não serão permitidos votos por

procuração.

Artigo 16º - Compete à Assembleia Geral:

a) Fixar a orientação geral superior para exercício da Medicina na instituição, observadas as disposições legais vigentes;

b) eleger o diretor e o vice-diretor clínico por votação direta e secreta;

c) eleger os membros da Comissão de Ética Médica por votação secreta;

d) dirimir dúvidas suscitadas por orientação dada pela diretoria clínica, ou conflitos de atribuições desses órgãos, uns em relação aos outros;

e) comunicar às autoridades do estabelecimento, por meio do diretor clínico, a orientação superior aprovada para solução dos problemas éticos ou técnicos;

f) pela maioria de 2/3 da totalidade dos membros, propor à direção da unidade, a exclusão do hospital de qualquer médico pertencente ao corpo clínico;

g) pela maioria absoluta dos membros, destituir a diretoria clínica em reunião especialmente convocada para este propósito, havendo motivação plausível e impessoal para tal, tendo esta motivação já sido alvo de apreciação de sindicância interna, além de ter desencadeada punição formal de acordo com cada vínculo que o diretor clínico possa ter com a unidade.

DA DIRETORIA CLÍNICA

Artigo 17º - A diretoria clínica do corpo clínico da instituição é composta de:

a) Diretor Clínico;

b) Vice-Diretor Clínico.

§ 1º. - O diretor clínico e vice-diretor clínico serão eleitos por votação direta e secreta em processo eleitoral especialmente convocado para essa finalidade, com antecedência de pelo menos 10 (dez) dias, por maioria simples de votos.

§ 2º. - O mandato da diretoria e vice-diretoria clínica será de 02 (dois) anos, podendo ocorrer reeleições.

Artigo 18º - O membro eleito para a vaga do diretor destituído ou demissionário exercerá o mandato pelo tempo que faltar ao substituído.

Artigo 19º - Compete ao diretor clínico:

a) propor a admissão de novos componentes do corpo clínico;

b) propor coordenadores para os serviços médicos;

c) reger e coordenar todas as atividades médicas da instituição, em colaboração com a Comissão de Ética Médica.

d) representar o corpo clínico junto à direção da instituição;

e) desenvolver o espírito da crítica científica e estimular o estudo e a pesquisa;

f) permanecer na instituição em período além do exercício de sua atividade profissional, fixando horário de seu expediente;

g) tomar conhecimento, para as providências necessárias, de todas as solicitações do corpo clínico previstas neste regimento interno;

h) prestar contas de seus atos ao corpo clínico nas Assembleias Gerais;

i) executar e fazer executar a orientação dada pela Assembleia do corpo clínico em matéria de Medicina ou quanto aos assuntos médicos;

j) esclarecer as partes interessadas, em eventual conflito de posição entre o corpo clínico e a direção, visando harmonizá-las em face dos postulados éticos;

k) empenhar-se para que os integrantes do corpo clínico observem os princípios do Código de Ética Médica, as disposições legais em vigor, a ordem interna da instituição e as resoluções baixadas pelos órgãos e autoridades competentes em matéria de procedimento ético ou recomendações técnicas no exercício da Medicina;

l) pleitear junto à direção providências e meios adequados à efetuação das medidas aprovadas pela Assembleia Geral do corpo clínico, que visem à boa qualidade e eficácia da Medicina praticada na instituição;

m) encaminhar à Comissão de Ética Médica consulta relativa a quaisquer assuntos de natureza ética, visando o bom exercício da Medicina na instituição;

n) apresentar à direção relatório anual das atividades médicas;

o) cooperar com a direção da instituição;

p) presidir as Assembleias Gerais do corpo clínico;

q) transmitir o seu cargo ao vice-diretor, em caso de férias, licenças e impedimentos eventuais;

r) dar orientação científica, fazendo com que sejam cumpridas as normas de bom atendimento, dentro dos princípios da ética médica;

s) zelar pelos livros de atas e do arquivo do corpo clínico;

t) convocar, em tempo hábil e por edital colocado no quadro de avisos da diretoria clínica, as Assembleias Gerais Ordinárias e Extraordinárias previstas neste regimentointerno;

u) zelar pelo fiel cumprimento do regimento interno do corpo clínico da instituição; Artigo 20º - Compete ao vice-diretor clínico, auxiliar o diretor clínico e substituí-lo na sua ausência e/ou impedimentos; Artigo 21º - Compete ao secretário indicado pelo presidente nas Assembleias Gerais, lavrar as atas na qualidade de "ad hoc".

TÍTULO III

DA DIRETORIA TÉCNICA

Artigo 22º - O cargo de diretor técnico deverá ser ocupado por membro do corpo clínico e, por ser uma função de confiança, será preenchido após nomeação emanada pelo HMTJ, as quais poderão proceder sua substituição a qualquer tempo.

Artigo 23º - Compete ao Diretor Técnico:

a) cientificar a direção da instituição das irregularidades que se relacionem com a boa ordem, asseio e disciplina hospitalares;

b) executar e fazer executar a orientação dada pela instituição em matéria administrativa;

c) representar a instituição em suas relações com as autoridades sanitárias e outras, quando exigirem as leis em vigor;

d) zelar pelo cumprimento das disposições legais e regulamentares em vigor;

e) assegurar condições dignas de trabalho e os meios indispensáveis à prática médica, visando o melhor desempenho do corpo clínico e dos demais profissionais de saúde em benefício da população usuária da instituição;

f) assegurar o pleno e autônomo funcionamento da Comissão de Ética Médica.

TÍTULO IV

DA COMISSÃO DE ÉTICA MÉDICA

Artigo 24º - A Comissão de Ética Médica – CEM é composta de membros efetivos e membros suplentes, os quais serão eleitos por votação direta e secreta pelos membros efetivos do corpo clínico. A convocação da eleição será feita pelo diretor clínico, por edital a ser divulgado no estabelecimento no período de 30 (trinta) dias antes da eleição.

Os candidatos à CEM se inscreverão individualmente, junto ao diretor clínico do estabelecimento, com a antecedência mínima de 15 (quinze) dias da data da eleição,

sendo os nomes dos mesmos divulgados por ordem alfabética durante o período de uma semana.

O diretor clínico designará uma Comissão Eleitoral com a competência de organizar, dirigir e supervisionar todo o processo eleitoral, de acordo com as normas do Conselho Regional de Medicina de Goiás.

§ 1º. - A quantidade de membros efetivos e suplentes da Comissão de Ética Médica será definida em conformidade com o artigo 3° do Anexo da Resolução CFM n° 2.152/2016, ou por outras que porventura venham a revogá-la ou aditá-la.

§ 2º. - Após a eleição dos membros da Comissão de Ética Médica, o resultado será lavrado em ata que será encaminhada ao CREMEGO para homologação. Homologados os resultados, os membros eleitos serão empossados pelo Conselho Regional de Medicina de Goiás.

Artigo 25º - O mandato das Comissões de Ética será de 02 (dois) anos, podendo ocorrer reeleições.

Artigo 26º - A competência e procedimentos da Comissão de Ética Médica obedecerão ao disposto na Resolução CFM n° 2.152/2016, ou por outras que porventura venham a revogá-la ou aditá-la.

TÍTULO V

DA COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR

Artigo 27º - A Comissão de Controle de Infecção Hospitalar será composta por profissionais da saúde atuantes na unidade e nomeada pelas coordenações do do HMTJ, com mandato de 02 (dois) anos, coincidindo com o da Comissão de Ética Médica.

Artigo 28º - A competência e procedimentos da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar obedecerão às normas contidas na Portaria do Ministério da Saúde nº. 2.616, de 12 de maio de 1998, ou por outras que porventura venham a revogá-la ouaditá-la.

TÍTULO VII

DA COMISSÃO DE REVISÃO DE PRONTUÁRIOS MÉDICOS

Artigo 29º - A Comissão de Revisão de Prontuários Médicos será composta, no mínimo, por 03 (três) profissionais médicos saídos do corpo clínico e nomeada pelas

coordenações do HMTJ, com mandato de 02 (dois) anos, coincidindo com o da Comissão de Ética Médica.

Artigo 30º - A competência e procedimentos da Comissão de Revisão de Prontuários Médicos obedecerão às normas contidas na Resolução CFM nº. 1.638/02, ou por outras que porventura venham a revogá-la ou aditá-la.

CAPÍTULO VI

DOS SERVIÇOS ASSISTENCIAIS

Artigo 31º - A instituição manterá os serviços médicos necessários ao preenchimento de suas finalidades, tanto em regime de internação quanto em regime ambulatorial.

Artigo 32º - O serviço médico será constituído dos seguintes setores:

a) Clínica Médica;

b) Clínica Cirúrgica;

c) Centro Cirúrgico;

d) Clinica Neurológica;

e) Centro de Terapia Intensiva – CTI;

f) Pronto atendimento;

g) Apoio ao Diagnóstico;

Artigo 33º - O setor de clínica médica será constituído pelas seguintes especialidades:

Geral, Cardiologia, Neurologia, Geriatria e Vascular e o setor de Clínica Cirurgica Bucomaxilofacial, Cirurgia Geral, Cirurgia Vascular, Neurocirurgia, Ortopedia/Traumatologia, Cirurgia Torácica, Otorrinolaringologia.

Artigo 35° - O setor de apoio a diagnóstico e serviços complementares serão constituídos pelos seguintes serviços: Radiologia e Imaginologia,

Artigo 36º - Em qualquer dos setores poderão ser criados outros serviços ou desdobrados os já existentes, quando for julgado conveniente às necessidades da instituição e ao aperfeiçoamento técnico.

Artigo 37º - Cada serviço será dirigido por um coordenador:

§ 1º. - Em cada serviço trabalharão tantos assistentes quantos forem julgados possíveis pela direção da instituição;

§ 2º. - Em casos de dúvidas, será consultada a diretoria clínica para dar parecer.

Artigo 38º - A diretoria clínica designará os coordenadores de serviços dentre os componentes do corpo clínico, em comum acordo com as demais diretorias da instituição, cabendo às coordenações do HMTJ a validação final.

Artigo 39º - Aos coordenadores de serviços compete:

a) auxiliar a diretoria clínica na fiscalização do bom andamento da atividade da instituição;

b) supervisionar e orientar os médicos do seu serviço;

c) organizar o serviço a seu cargo de tal maneira que os pacientes recebam assistência eficiente e imediata;

d) comparecer diariamente na instituição e controlar a frequência de seus auxiliares médicos, quando for o caso;

e) orientar o trabalho dos médicos, tendo, sobretudo em vista a qualidade de assistência prestada e a dedicação às finalidades dos serviços e da instituição;

f) elaborar ou determinar a elaboração de prontuário médico de cada paciente de acordo com as normas aprovadas pela diretoria clínica, direção técnica e Comissão de Revisão de Prontuários Médicos;

g) comunicar ao diretor clínico as falhas ocorridas, a fim de ser mantida a boa ordem no serviço;

h) cumprir e fazer cumprir os regulamentos da instituição e do corpo clínico, assim como as "Ordens", "Instruções", "Políticas", "Protocolos", "Procedimentos Operacionais Padrões" e "Recomendações" emitidas pela diretoria clínica, diretorias da instituição ou pelas coordenações do HMTJ;

i) participar de campanhas assistenciais e de prevenção instituídas pela direção da instituição;

j) manter bom relacionamento ético entre os médicos e os funcionários dos demais serviços;

Artigo 40º - São direitos dos médicos da instituição:

a) A autonomia profissional;

b) o acesso à instituição e suas seções e serviços;

c) a participação nas assembleias e reuniões;

d) o direito de votar, e conforme o caso, ser votado;

e) compete aos membros do corpo clínico a decisão sobre a prestação de serviço médico à instituição, respeitando-se os preceitos do Código de Ética Médica, as normativas legais previstas para uma unidade pública vinculada ao Sistema Único de Saúde – SUS, bem como seguindo os regramentos contratuais e metas produtivas apontadas pela Secretaria de Estado da Saúde – SES/GO, por meio de contratos degestão;

f) a comunicação de falhas observadas na assistência prestada pela instituição e reivindicar melhorias que resultem em aprimoramento da assistência aos pacientes;

g) o recurso ao Conselho Regional de Medicina da jurisdição em que se encontra registrada a instituição, quando julgar prejudicados por decisões de qualquer natureza.

Artigo 41º - São deveres dos médicos da Instituição:

a) A obediência ao Código de Ética Médica, ao Estatuto, ao Regimento Interno e demais normas editadas pela instituição;

b) a assistência aos pacientes sob seu cuidado com respeito, consideração, e dentro da melhor técnica, em seu benefício;

c) a colaboração com seus colegas na assistência aos seus pacientes, quando solicitado;

d) a participação 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;

e) o cumprimento às normas técnicas e administrativas da instituição;

f) a elaboração de prontuário dos pacientes com registros indispensáveis à elucidação do caso em qualquer momento, com letra legível ou correto preenchimento do prontuário eletrônico;

g) a colaboração e a participação nas comissões específicas da instituição;

h) cumprir os regulamentos da Instituição e do corpo clínico, assim como as "Ordens", "Instruções", "Políticas", "Protocolos", "Procedimentos Operacionais Padrões" e "Recomendações" emitidas pela diretoria clínica, diretorias da instituição ou pelas coordenações do HMTJ; .

i) participar de campanhas assistenciais e de prevenção instituídas pela direção da instituição;

j) aplicar os termos e formulários instituídos pela unidade em conformidade com as Políticas Institucionais;

k) a restrição de sua prática às áreas para as quais foi admitido, exceto em situações de emergência.

CAPÍTULO VII DAS REUNIÕES DO CORPO CLÍNICO

Artigo 42º - O corpo clínico poderá reunir-se periodicamente a cada 06 (seis) meses sob a presidência do diretor clínico para tratar de assuntos relacionados com atividades médicas, melhoria de assistência aos pacientes e de renome da instituição, além de outros assuntos especificados neste Regimento Interno.

Parágrafo Único - Na ausência do diretor clínico ou de seu substituto legal, a reunião será presidida pelo coordenador de serviço mais antigo presente.

Artigo 43º - As reuniões serão secretariadas por um secretário "ad hoc" nomeado entre os membros do corpo clínico, escolhido pelo diretor clínico ou seu substituto;

Parágrafo Único - As resoluções aprovadas e os assuntos discutidos serão registrados em livro apropriado da diretoria clínica.

Artigo 44º - As reuniões semestrais do corpo clínico que vierem a ocorrer obedecerão às seguintes normas:

a) verificação de presença;

b) leitura e aprovação da ata da sessão anterior;

c) expediente;

d) continuação ou conclusão dos assuntos em discussão aberta;

e) relatos de comissões do corpo clínico;

f) revisão dos prontuários dos pacientes internados na instituição tendo em vista, sobretudo, o diagnóstico, o tratamento e o tempo de permanência, estudo das altas ocorridas no mês anterior; avaliar os óbitos, observar as complicações e falhas diagnósticas, entre outros;

g) assuntos de interesse geral que visem o aperfeiçoamento do trabalho médico na instituição;

h) comunicações e propostas de qualquer membro do corpo clínico;

i) encerramento.

CAPÍTULO VIII DAS PENALIDADES

Artigo 45º - As transgressões a este Regimento Interno cometidos por médicos, sujeitam os infratores as seguintes penalidades:

a) advertência verbal pelo diretor clínico;

b) censura sigilosa por escrito;

c) censura pública;

d) afastamento temporário das atividades profissionais no corpo clínico;

e) exclusão do corpo clínico.

Parágrafo Único - Salvo os casos de extrema gravidade que exijam aplicação imediata de penalidade mais rigorosa, a imposição das penalidades obedecerá à gradação acima prevista.

Artigo 46º - Nenhuma penalidade será imposta sem sindicância, assegurando-se ao acusado, o mais amplo direito de defesa.

Parágrafo Único - A aplicação da penalidade constante da letra "e" do artigo 45 somente se aplicará se aprovada pela maioria de 2/3 dos membros do corpo clínico reunidos em Assembleia Geral Extraordinária, conforme o artigo 16, alínea "g". Esta decisão deverá ser comunicada ao CREMEGO e à direção da instituição.

CAPÍTULO IX

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS E TRANSITÓRIAS

Artigo 47º - O presente Regimento Interno revoga os anteriores e começa a vigorar após sua aprovação pela Assembleia Geral Extraordinária da instituição e consequente registro no CREMEGO. Artigo 48º - Os casos omissos serão resolvidos pela Assembleia Geral do corpo clínico

10.2.1: ÁREA DE ATIVIDADE

IMPLANTAÇÃO DE PROCESSOS

Proposta de Manual de Protocolos Assistenciais

Apresentar Instrução/Manual para atuação em protocolos Assistenciais

Apesar do grande crescimento na produção de pesquisas na área de saúde nas últimas décadas, a disparidade entre as evidências científicas e a prática Assistencial continua sendo um desafio para os profissionais de saúde.

Com o avanço tecnológico na área da saúde, são inúmeras as opções diagnósticas e terapêuticas disponíveis para o manejo de uma doença. Entretanto, estudos demonstraram que essa variabilidade não necessariamente está relacionada com melhores desfechos clínicos e pode ser responsável por um aumento de até 30% no custo na área da saúde.

Inicialmente, acreditava-se que os profissionais de saúde seriam facilmente persuadidos a aderir à melhor prática médica apenas pelo fomento contínuo das evidências científicas. Entretanto, a disseminação do conhecimento tem sido descrita como fator importante, mas insuficiente para modificar o comportamento clínico habitual.

Medidas de controle de qualidade total têm sido implementadas para atuar especificamente na redução da variabilidade da prática médica, com destaque para os protocolos ou diretrizes práticas (practice guidelines, clinical guidelines), recomendações de especialistas e grupos de classe 2 e, mais recentemente, rotinas críticas (critical pathways).

Estes programas são implantados com o objetivo de melhorar os desfechos clínicos e permitir que mais pacientes beneficiem-se do conhecimento científico sobre as melhores práticas disponíveis.

Os protocolos assistenciais dizem respeito à descrição minuciosa de linhas de cuidado especificas, integrando na sua estrutura as normas, rotinas e procedimentos relativos ao problema/condição de saúde determinada. São um conjunto de dados que permitem direcionar o trabalho e registrar oficialmente os cuidados executados na resolução ou prevenção de um problema.

Protocolos são considerados importantes instrumentos para o enfrentamento de diversos problemas na assistência e na gestão dos serviços pois descrevem uma situação específica de assistência/cuidado, com detalhes operacionais e especificações sobre o que fazer, quem fazer e como fazer. Conduz os profissionais nas decisões de assistência para a prevenção, recuperação ou reabilitação da saúde. Pode prever ações de avaliação/diagnóstica ou de cuidado/tratamento, como o uso de intervenções educacionais, de tratamentos com meios físicos, de intervenções emocionais, sociais e farmacológicas, independentes de enfermagem ou compartilhadas com outros profissionais. Um protocolo contém vários procedimentos.

Na maioria das vezes, os protocolos são multiprofissionais e interdisciplinares, pois visam ao atendimento integral do ser cuidado. Orientados por diretrizes de natureza técnica, organizacional e política, têm como fundamentação, estudos validados pelos pressupostos das evidências científicas. Têm como foco a padronização de condutas clínicas e cirúrgicas em ambientes ambulatoriais e hospitalares. Os protocolos são divididos em: protocolos assistenciais protocolos de atenção, protocolos de cuidado, protocolos de acompanhamento e avaliação, protocolos de organização da atenção, entre outros.

Protocolos Assistenciais (PA) são consideradas formas estruturadas de suporte do manejo clínico que incluem a definição de objetivos terapêuticos e uma sequência temporal de cuidados e estratégias diagnósticas e terapêuticas definidas. A adoção de protocolos também proporciona uma situação adequada para coletar dados no manejo - de forma que a equipe perceba quantos, quando e por que os pacientes não seguem um curso esperado durante suas internações - e diminui a sobrecarga na documentação médica e de enfermagem.

Os protocolos assistenciais são desenvolvidos com base, sempre que possível, nas evidências científicas da literatura e na experiência do corpo clínico adaptadas aos recursos locais disponíveis. Estas recomendações buscam fornecer um fluxograma padronizado (em formato de algoritmo ou matriz temporal) para o manejo do paciente com determinada condição clínica e são elaborados por uma equipe multidisciplinar.

Produzir novos conhecimentos não é suficiente para promover mudança na prática clínica, maior ênfase deve ser dada à aproximação entre o conhecimento oriundo de pesquisas, a atualização dos profissionais, a construção de Protocolos e o uso destes na prática diária. A demora na incorporação de novos conhecimentos representa risco adicional de dano aos pacientes, piores resultados em saúde e desperdício dos escassos recursos que o Sistema de Saúde dispõe.

Processo de Implantação de Protocolos:

A Implementação de protocolos resultam em modificações do processo assistencial, incluindo a redefinição de rotinas laboratoriais relacionadas à coleta de exames, padronização de uso de medicações especiais e até mesmo, reformas de áreas físicas afim de facilitar o fluxos definidos pelos protocolos.

Após a conclusão de vários protocolos assistenciais, ficou evidente para o HMTJ a necessidade de integrá-los ao sistema informatizado da qualidade, SIGQUALI.

Essa iniciativa visou utilizar a informatização dos protocolos como uma ferramenta para estimular o uso dos mesmos, sendo facilitado o acesso do corpo clínico aos documentos pdf (Adobe Acrobat), que contemplavam a estrutura e conteúdo dos PA.

As etapas para a construção e implementação de um Protocolo Assistencial Baseado em Evidência sumariamente compreendem:

- identificar e estruturar a dúvida sobre o cuidado;
- buscar respostas nas fontes de informação;
- identificar e sintetizar a melhor evidência disponível;
- construir Protocolo Assistencial;
- implementar a evidência e
- avaliar os resultados.

A interface entre corpo clinico e sistema deve ser amigável e fácil de utilização, permitindo assim uma visão consolidada dos itens do protocolo com as prescrições vigentes do paciente e exames, realização de um processo de auditoria de uso para gerar informações de apoio, comparando as condutas previstas nos protocolos assistenciais e as realmente utilizadas no cotidiano da assistência.

Assim, o HMTJ irá criar no HERSO a cultura de que as evidências científicas devam ser usadas rotineiramente na tomada de decisão clínica é prioridade.

A estratégia a ser utilizada para a concretização da PBE na prática clínica dentro da unidade será a construção de Protocolos Assistenciais que devem ser construídos de acordo com os princípios da PBE, e favorecem a adoção das melhores práticas assistenciais.

Deverão prever ações de avaliação/diagnóstica ou de cuidado/tratamento, como o uso de intervenções educacionais, de tratamentos com meios físicos, de intervenções emocionais, sociais e farmacológicas, que a enfermagem desempenha de maneira independente ou compartilhadas com outros profissionais da equipe de saúde.

O uso destes Protocolos tende a aprimorar a assistência, favorecer o uso de práticas cientificamente sustentadas, minimizar a variabilidade das informações e condutas entre os membros da equipe de saúde e estabelecer limites de ação e cooperação entre os diversos profissionais.

A Prática Baseada em Evidência e os Protocolos Assistenciais Baseados em Evidência visam, centralmente, à melhoria da qualidade da assistência.

Estas ferramentas nos permitirão medir sistematicamente onde estamos, definir onde queremos chegar, estabelecer estratégias e medir o efeito das ações que fizemos para alcançar a melhoria. Indicadores de resultado representam o quanto as metas foram alcançadas em função das ações implementadas.

O processo de implementação de Protocolos Assistenciais requer clareza sobre qual problema/diagnóstico de enfermagem se quer atuar, de que modo se vai atuar (ações padronizadas por meio de Protocolo), que resultado se quer alcançar (metas) e como se vai medir o alcance ou não do resultado desejado (indicador).

Medir resultados é a melhor estratégia para o aperfeiçoamento de qualquer Protocolo Assistencial, podendo levar ao abandono, aprimoramento ou revisão/atualização.

Pode-se medir diversos aspectos de cursos de ações: eficiência (o objetivo foi alcançado com a menor quantidade de recursos), eficácia (foi feito o que foi proposto), qualidade (foi feito tão bem quanto deveria), inovação (a ação foi inovadora, houve uso bem sucedido de novas ideias/processos), lucratividade (o processo foi lucrativo, houve lucro líquido comparado à receita total) e produtividade (foi vantajosa a relação entre a quantidade ou valor produzido e a quantidade ou valor dos insumos utilizados para a produção).

Há três tipos de indicadores de qualidade: estrutura, processo e resultado.

- Indicadores de estrutura referem-se a equipamentos, materiais e planta física;
- Indicadores de processo envolvem o que se faz, quem faz e como se faz;
- Indicadores de resultado estão relacionados ao alcance ou não da meta e da qualidade desejada.
- Indicadores de resultados são os mais importantes para medir o efeito de um Protocolo.

Protocolos Assistenciais construídos com base nas melhores evidências disponíveis, aplicados em realidades diferentes, produzem resultados distintos e isso reforça a necessidade de se medir os resultados alcançados.

A mensuração de indicadores faz parte de processos de auditoria e melhoria contínua, ou seja, parâmetros serão mensurados para determinar se a implementação de um Protocolo produziu os resultados esperados para a assistência. É a chamada auditoria clínica, que exige critérios pré-estabelecidos, critérios de revisão e indicadores.

A auditoria clínica deve ser realizada em ciclos contínuos, como forma de monitoramento dos resultados relacionados à implementação de um determinado Protocolo clínico. Os resultados da auditoria fornecerão dados para manutenção ou ajustes do Protocolo e darão sustentabilidade aos resultados.

Os indicadores a serem auditados serão definidos durante a construção do Protocolo e devem ser capazes de captar mudanças dos resultados decorrentes das ações propostas no Protocolo clínico.

As principais características de um indicador são: ter fácil entendimento, ser econômico, disponível e testado na clínica. Essas características são fundamentais para o aperfeiçoamento contínuo da qualidade.

Indicador de fácil entendimento é aquele sobre o qual qualquer pessoa é capaz de tirar conclusões; ser econômico significa não ser muito trabalhoso ou caro para obter e calcular; indicador disponível refere-se a que todas as pessoas envolvidas devem ter acesso a ele de modo rápido, fácil e atualizado; e, testado na clínica, é a qualidade de ser útil na prática.

Programas, órgãos e instituições nacionais e internacionais tentam estabelecer parâmetros mínimos ou ideais de indicadores padronizados e maneiras de auditar que possam ser utilizadas para avaliar a qualidade da assistência e do gerenciamento de instituições de saúde.

O Núcleo de Apoio à Gestão Hospitalar (NAGEH), subgrupo do Programa de Controle de Qualidade Hospitalar, que desenvolve atividades voltadas para a melhoria da gestão hospitalar propõe a revisão dos indicadores já utilizados e a inclusão de outros indicadores passíveis de uso (CQH, 2012).

Além disso, diversos órgãos internacionais de acreditação hospitalar desenvolveram diferentes metodologias para avaliação da estrutura, dos processos e da qualidade da assistência nas instituições de saúde. Quando são criados Protocolos para os quais não há indicadores de resultados bem estabelecidos ou quando estes indicadores não se adequam ao que a instituição deseja, novos devem ser propostos.

A avaliação do impacto de Protocolos Assistenciais exigirá auditoria pré implementação, que fornecerá o diagnóstico situacional a partir do qual as metas serão estabelecidas; e auditoria pós-Protocolo, para medir o quanto das metas foi alcançado.

O alcance das metas pode ser em etapas, por exemplo, propondo-se melhora dos resultados a cada seis meses, ou de forma única, isto é, almejando-se o alcance do melhor resultado possível de uma só vez.

A adequada avaliação do impacto da implementação de um Protocolo precisa garantir que os sujeitos a serem avaliados de fato representem o conjunto das pessoas. Quando não é possível avaliar os indicadores em todos os sujeitos que receberam o Protocolo, pode-se obter uma amostra que represente o todo. O melhor modo de se obter uma boa amostra é por sorteio. Indicadores já existentes na instituição podem ser incorporados ao Protocolo.

Por fim, é necessário estabelecer uma meta em relação ao tempo em que os resultados deverão ser alcançados e trabalhar com cronogramas estruturados. Eles

deverão prever o tempo de construção do Protocolo, a auditoria clínica pré implementação, o tempo para treinamento da equipe (quando necessário), o tempo ou período durante o qual o Protocolo será implementado e a periodicidade da auditoria clínica pós-implementação.

Os resultados obtidos a partir dos indicadores fornecem informações sobre a necessidade de revisão do Protocolo, de reforço dos treinamentos, da necessidade de implementação de medidas complementares para o alcance das metas ou da pertinênciade se interromper um Protocolo e propor outro.

A nosso ver, entre os conceitos apresentados, o cuidado, pelo sentido humanizador e ético que guarda, pelo emprego de saberes e tecnologias, pela abrangência no processo de organização das ações e serviços e por ser percebido como essência da natureza humana e tudo que a cerca, justifica as bases que nos levaram, neste documento, à opção pelo termo que o intitula: protocolos de cuidado à saúde.

Desta forma, é importante a compreensão de que nas unidades geridas por esta OSS, tanto os protocolos de natureza clínica quanto os de organização dos serviços deverão ser assumidos como protocolos de cuidado à saúde. E as atividades previstas a serem realizadas pelas Coordenações e suas equipes nas unidades de saúde em que trabalham, deverão ser guiadas pela preocupação e pelo compromisso em produzir atos de saúde afinados com os princípios que constituem e dão significado ao conceito de cuidado aqui apresentado.

Além da observância da legislação profissional e da prática, determina-se a execução de técnicas corretas e seguras, centradas no atendimento das necessidades dos pacientes, ou seja, exige-se do profissional o manejo de equipamentos e aparelhos com eficiência, destreza na aplicabilidade da tecnologia do cuidado e envolve, também, os saberes e habilidades, a escuta, o acolhimento e o estabelecimento de vínculos humanizados. Neste sentido, é preciso sistematizar técnicas e procedimentos embasados em evidências científicas tencionando o aprimoramento da metodologia do cuidado e segurança do paciente, da vida humana.

AVALIAÇÃO DA QUALIDADE E FORÇA DE RECOMENDAÇÃO DA EVIDÊNCIA: GRADING OF RECOMMENDATIONS, ASSESSMENT, DEVELOPMENT AND EVALUATION (GRADE)

O GRADE é um método para avaliar a qualidade das evidências científicas e graduar a força de recomendação para o uso ou não de determinada ação em saúde, entendendo-se por ação tratamentos, cuidados, exames, entre outros.

Visa orientar a escolha dos profissionais para que somente as melhores ações/ cuidados/intervenções, aqueles para as quais há suporte científico adequado, sejam implementados, evitando-se danos e riscos aos pacientes/clientes, uso de intervenções sem efetividade e desperdício de dinheiro e de recursos humanos e materiais.

Tem sido adotado por organizações envolvidas na elaboração de diretrizes e recomendações de práticas em saúde, como, por exemplo, o Centers for Disease Control and Prevention (CDC), a OMS, o Ministério da Saúde, o Núcleo de Evidências do Instituto de Saúde da Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo, o UpToDate2 (recurso de suporte a decisões médicas baseadas em evidências) e o Joanna Briggs Institute 3,4 (recurso para promover a utilização de evidência por meio da identificação de práticas factíveis, adequadas, significativas e efetivas para melhorar os resultados em saúde), entre outras.

O GRADE foi criado para uniformizar a avaliação da qualidade da evidência científica (nível de confiabilidade) e o grau de recomendação de um tratamento/intervenção/cuidado. A evidência é qualificada em quatro níveis: Alto, Moderado, Baixo e Muito Baixo e a força da recomendação pode ser Forte ou Condicional/Fraca, a Favor ou Contra uma intervenção.

O mesmo processo de avaliação é realizado para cada evento (desfecho) que uma intervenção pode produzir.

A classificação GRADE pode ser observada em documentos sobre avaliações de tecnologias de saúde, guias ou Protocolos clínicos feitos por especialistas. Exemplo de uma recomendação da OMS publicado no documento 2 UpToDate: http://www.uptodate.com/pt/home 3 Joanna Briggs Institute – Centro Brasileiro: http://www.ee.usp.br/site/index.php/paginas/ mostrar/1376 4 Joanna Briggs Institute: http://joannabriggs.org/ 14 "Recomendações da OMS para o cuidado pós-natal da mãe e do recém-nascido" (WHO recommendations on postnatal care of the mother and newborn") (WHO, 2013).

Avaliando a qualidade da evidência A OMS preconiza que "Todos os bebês devem ser amamentados exclusivamente desde o nascimento até os seis meses de vida. As mães devem receber aconselhamento e apoio para o aleitamento materno exclusivo em cada contato pós-natal." A partir da dúvida "Qual o impacto do aleitamento materno exclusivo nos primeiros seis meses de vida sobre os eventos (desfechos):

1-mortalidade neonatal, 2-mortalidade por infecções, 3-morbidade por sepse ou outras infecções, 4-morbidade por infecção respiratória aguda e 5-morbidade por diarreia", especialistas analisaram a literatura e selecionaram cinco estudos que responderam a pergunta. Destes, dois estudos avaliaram o desfecho 1, três avaliaram o desfecho 2, dois avaliaram o desfecho 3, quatro avaliaram o desfecho 4 e três avaliaram o desfecho 5 (WHO, 2013).

O primeiro fator considerado para determinar a qualidade da evidência foi o tipo de estudo. Os resultados provenientes de ensaios clínicos randomizados (estudos que testam uma intervenção) foram considerados, inicialmente, com Alto nível de evidência, enquanto que os provenientes de estudos observacionais (estudos que não testaram uma intervenção) foram considerados com Baixo nível de evidência (Pimenta et al., 2015).

A partir dessa classificação inicial, procedeu-se à avaliação de outros fatores que podem diminuir ou aumentar o nível de evidência. Fatores que diminuem o nível de evidência são: - limitação metodológica; - inconsistência entre os estudos; - evidência indireta (uso de desfechos substitutos); - imprecisão e - viés de publicação.

Fatores que aumentam a evidência são:

- a magnitude do efeito;
- a presença de gradiente dose-resposta e
- fatores de confusão ou vieses que comprometem o efeito estimado.

Desse processo resultou a classificação de evidência para cada desfecho: 1-mortalidade neonatal, 2-mortalidade por infecções, 3-morbidade por sepse ou outras infecções, 4-morbidade por infecção respiratória aguda e 5-morbidade por diarreia: Evidência de qualidade moderada - neonatos em Aleitamento Materno Exclusivo têm menor risco de mortalidade por todas as causas e mortalidade relacionada à infecção, comparados com os neonatos em Aleitamento Materno Parcial.

Evidência de qualidade baixa - neonatos com Aleitamento Materno Exclusivo têm menor risco de morbidade por sepse, infecção respiratória aguda e diarreia, comparados com neonatos em Aleitamento Materno Parcial. Evidência é insuficiente para comparar mortalidade e morbidade entre neonatos com Aleitamento Materno Exclusivo e Aleitamento Materno Predominante.

Avaliando a força da recomendação Apenas a qualidade da evidência não é suficiente para se determinar a força da recomendação para o uso de uma intervenção, pois devem ser pesados o balanço entre vantagens e desvantagens, riscos e benefícios, valores e preferências da pessoa, viabilidade/equidade/aceitabilidade e custos da intervenção. Da interação desses fatores, resulta a força de recomendação (Forte ou Condicional/Fraca, a Favor ou Contra).

Após a análise da literatura que respondeu a dúvida "Qual o impacto do aleitamento materno exclusivo nos primeiros seis meses de vida sobre os desfechos: 1-mortalidade neonatal, 2-mortalidade por infecções, 3-morbidade por sepse ou outras infecções,

4-morbidade por infecção respiratória aguda e 5-morbidade por diarreia?", a força de recomendação para cada desfecho foi estabelecida considerando os fatores: Balanço entre vantagens e desvantagens/riscos e benefícios: A evidência indica que há benefícios significativos do Aleitamento Materno Exclusivo comparado ao Aleitamento Materno Parcial na redução de riscos de todas as causas de mortalidade e morbidade resultantes de sepse e outras infecções, infecção respiratória aguda e diarreia.

Valores e preferências: Dada a alta mortalidade neonatal em países de baixa e média renda, propositores de políticas de saúde e profissionais de saúde tendem a valorizar os efeitos do Aleitamento Materno Exclusivo na redução do risco de mortalidade e morbidade neonatal. Viabilidade/Equidade/Aceitabilidade: Todos os itens satisfatórios.

Custos: O Aleitamento Materno Exclusivo tem baixo custo, o que aumenta a relação custo-benefício a favor desta prática. Após essas análises, o painel de especialistas da OMS elaborou a seguinte recomendação: "Todos os bebês devem ser amamentados exclusivamente desde o nascimento até os seis meses de vida. As mães devem receber aconselhamento e apoio para o aleitamento materno exclusivo em cada contato pós-natal".

Trata-se de uma FORTE recomendação, a FAVOR do Aleitamento Materno Exclusivo, baseada em evidência de qualidade MODERADA. Definidas as melhores evidências, o passo seguinte é a construção do Protocolo sobre o cuidado que se quer implementar e testar a efetividade da ação proposta.

O impacto da implementação de um novo Protocolo (cuidado/ intervenção) nos resultados de saúde deve ser medido objetivamente por meio de indicadores, discutidos a seguir

4. INDICADORES DE RESULTADOS E A MEDIDA DO EFEITO DO PROTOCOLO

A Prática Baseada em Evidência e os Protocolos Assistenciais Baseados em Evidência visam, centralmente, à melhoria da qualidade da assistência. Se quisermos melhoria temos que medir sistematicamente onde estamos, definir onde queremos chegar, estabelecer estratégias e medir o efeito das ações que fizemos para alcançar a melhoria. Indicadores de resultado representam o quanto as metas foram alcançadas em função das ações implementadas.

O processo de implementação de Protocolos Assistenciais requer clareza sobre qual problema/diagnóstico de enfermagem se quer atuar, de que modo se vai atuar (ações padronizadas por meio de Protocolo), que resultado se quer alcançar (metas) e como se vai medir o alcance ou não do resultado desejado (indicador).

Medir resultados é a melhor estratégia para o aperfeiçoamento de qualquer Protocolo Assistencial, podendo levar ao abandono, aprimoramento ou revisão/atualização. Pode-se medir diversos aspectos de cursos de ações: eficiência (o objetivo foi alcançado com a menor quantidade de recursos), eficácia (foi feito o que foi proposto), qualidade (foi feito tão bem quanto deveria), inovação (a ação foi inovadora,

houve uso bem sucedido de novas ideias/processos), lucratividade (o processo foi lucrativo, houve lucro líquido comparado à receita total) e produtividade (foi vantajosa a relação entre a quantidade ou valor produzido e a quantidade ou valor dos insumos utilizados para a produção). Em saúde e em enfermagem busca-se o contínuo aperfeiçoamento da qualidade do cuidado (Zambon, 2008; Houaiss, Villar, 1999).

Há três tipos de indicadores de qualidade: estrutura, processo e resultado.

- Indicadores de estrutura referem-se a equipamentos, materiais e planta física;
- indicadores de processo envolvem o que se faz, quem faz e como se faz;
- indicadores de resultado estão relacionados ao alcance ou não da meta e da qualidade desejada.

Indicadores de resultados são os mais importantes para medir o efeito de um Protocolo (Zambon, 2008).

Protocolos Assistenciais construídos com base nas melhores evidências disponíveis, aplicados em realidades diferentes, podem produzir resultados distintos e isso reforça a necessidade de se medir os resultados alcançados.

O contexto no qual a evidência é aplicada, a experiência dos profissionais, os recursos disponíveis e as preferências dos pacientes/clientes explicam porque essas diferenças ocorrem.

A mensuração de indicadores faz parte de processos de auditoria e melhoria contínua, ou seja, parâmetros serão mensurados para determinar se a implementação de um Protocolo produziu os resultados esperados para a assistência. É a chamada auditoria clínica (Boult, Maddern, 2007), que exige critérios pré-estabelecidos, critérios de revisão e indicadores.

A auditoria clínica deve ser realizada em ciclos contínuos, como forma de monitoramento dos resultados relacionados à implementação de um determinado Protocolo clínico. Os resultados da auditoria fornecerão dados para manutenção ou ajustes do Protocolo e darão sustentabilidade aos resultados.

Os indicadores a serem auditados serão definidos durante a construção do Protocolo e devem ser capazes de captar mudanças dos resultados decorrentes das ações propostas no Protocolo clínico.

As principais características de um indicador são: ter fácil entendimento, ser econômico, disponível e testado na clínica.

Essas características são fundamentais para o aperfeiçoamento contínuo da qualidade.

Indicador de fácil entendimento é aquele sobre o qual qualquer pessoa é capaz de tirar conclusões; ser econômico significa não ser muito trabalhoso ou caro para obter e calcular; indicador disponível refere-se a que todas as pessoas envolvidas devem ter acesso a ele de modo rápido, fácil e atualizado; e, testado na clínica, é a qualidade de ser útil na prática.

O Núcleo de Apoio à Gestão Hospitalar (NAGEH), subgrupo do Programa de Controle de Qualidade Hospitalar, que desenvolve atividades voltadas para a melhoria da gestão hospitalar, propõe a revisão dos indicadores já utilizados e a inclusão de outros indicadores passíveis de uso.

Quando são criados Protocolos para os quais não há indicadores de resultados bem estabelecidos ou quando estes indicadores não se adequam ao que a instituição deseja, novos devem ser propostos. A avaliação do impacto de um Protocolo Assistencial exige auditoria préimplementação, que fornecerá o diagnóstico situacional a partir do qual as metas serão estabelecidas; e auditoria pós-Protocolo, para medir o quanto das metas foi alcançado.

O alcance das metas pode ser em etapas, por exemplo, propondo-se melhora dos resultados a cada seis meses, ou de forma única, isto é, almejando-se o alcance do melhor resultado possível de uma só vez. Pensemos em um Protocolo de controle de dor no pós-operatório.

O principal objetivo é reduzir o número de doentes com dor de intensidade acima de moderada (≥4, em uma escala de 0 a 10) nas primeiras 48 horas de pósoperatório. Nesse caso, quais seriam os indicadores capazes de medir se esse objetivo foi alcançado com a implementação do Protocolo? Para facilitar o processo de determinação de indicadores, podemos transformar esses objetivos em perguntas.

Pergunta pré-implementação do Protocolo: Qual é prevalência de dor acima de moderada nas primeiras 48 horas de pós-operatório na unidade ou instituição?
Pergunta após a implementação do Protocolo: Qual é prevalência de dor acima de moderada nas primeiras 48 horas de pós-operatório na unidade ou instituição?
Indicadores de processo: % de pacientes com o impresso de avaliação de dor preenchido nas primeiras 48 horas do pós-operatório
Indicador de estrutura: % de pacientes que receberam analgésico opióide de modo regular nas primeiras 48 horas do pós-operatório.
Indicador de resultado: % de pacientes com dor acima de moderada (≥4) nas primeiras 48 horas de pós-operatório.
Meta após 2 meses de uso do Protocolo: Redução de 30% na prevalência de doentes com dor acima de moderada nas primeiras 48 horas de pós-operatório.
Meta após 6 meses de uso do Protocolo: Redução de 20% na prevalência de doentes com dor acima de moderada nas primeiras 48 horas de pós-operatório.

Muitos exemplos podem ser citados, já que os Protocolos podem estar relacionados a uma diversidade de situações contempladas pela Assistência e um mesmo Protocolo poderá prever a avaliação de um ou mais indicadores.

Por fim, é necessário estabelecer uma meta em relação ao tempo em que os resultados deverão ser alcançados e trabalhar com cronogramas estruturados. Eles deverão prever o tempo de construção do Protocolo, a auditoria clínica pré-implementação, o tempo para treinamento da equipe (quando necessário), o tempo ou período durante o qual o Protocolo será implementado e a periodicidade da auditoria clínica pós-implementação.

Os resultados obtidos a partir dos indicadores fornecem informações sobre a necessidade de revisão do Protocolo, de reforço dos treinamentos, da necessidade de implementação de medidas complementares para o alcance das metas ou da pertinência de se interromper um Protocolo e propor outro

Uso de linguagens padronizadas para a documentação do Processo

O percurso pelas etapas do PE deve ser documentado, de modo a estabelecer comunicação efetiva entre os membros da equipe, permitir avaliação da qualidade dos cuidados implementados e fornecer dados para questões jurídicas, pesquisas e ensino.

Para atender a essas finalidades, recomenda-se o uso de Sistemas de Linguagem Padronizadas (SLP), conjuntos de conceitos organizados da forma mais lógica possível, sobre diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem. Os SLPs auxiliam o raciocínio clínico, pois esclarecem os conceitos que representam por meio de definições, indicadores clínicos, descrições de ações e medida de magnitude (Carvalho, Cruz, Herdman, 2013; Cofen, 2009).

Sistemas de Linguagem Padronizadas são conhecimentos estruturados que esclarecem os fenômenos de cuidado, propõem estratégias de ação e de medida de alcance dos resultados sobre os quais a enfermagem atua, na clínica e pesquisa.

O uso de SLP favorece a comunicação verbal ou escrita entre os profissionais. SLP representam um grande avanço para o desenvolvimento da profissão, mas estão em processo de validação, isto é, os diagnósticos, intervenções e resultados precisam ser sustentados por evidência científica (Cruz, 2008).

Dentre os SLP de DEs, a classificação de diagnósticos da NANDA International (NANDA-I) organiza conceitos relacionados a "respostas humanas reais ou potenciais a condições de saúde/processos de vida, ou uma vulnerabilidade a essa resposta". Nessa classificação, os DEs são compostos por um título, uma definição, características definidoras (sinais e sintomas, evidências, manifestações), fatores relacionados (possíveis etiologias, fatores contribuintes) ou fatores de risco.

Grupos de DEs com atributos similares são reunidos em classes, as quais encontram-se em domínios, uma área mais ampla dos conhecimentos. O julgamento diagnóstico deve alicerçar-se nas melhores evidências científicas, isto é, ter a Prática Baseada em Evidência como suporte para a identificação acurada (Herdman, Kamitsuru, 2014).

Com base nos princípios da PBE, devem ser identificados os DEs, planejados os resultados a serem alcançados e as intervenções a serem implementadas. As recomendações sobre as melhores práticas (melhor evidência científica disponível) devem estar incluídas nos Protocolos Assistenciais, uma vez que influenciam diretamente no alcance das metas estabelecidas e justifiquem os recursos humanos, materiais e financeiros envolvidos no cuidado.

IMPLEMENTAÇÃO DE PROTOCOLOS ASSISTENCIAIS: A OPERACIONALIZAÇÃO DA PRÁTICA BASEADA EM EVIDÊNCIA

Ainda que os Protocolos Assistenciais tenham um grande potencial de melhorar a prática clínica, sua adoção e uso não são automáticos.

A implementação de evidência é um processo complexo que envolve o desenvolvimento de Protocolo, a disseminação do conhecimento sobre ele e a busca da adesão dos profissionais ao Protocolo.

Protocolos fundamentados em evidência científica, fáceis de compreender, construídos com o envolvimento do usuário final e disseminados por meio de estratégias educativas com participação direta e ativa do usuário final têm maior probabilidade de serem implementados e utilizados .

Dessa forma, o HMTJ entende que a implementação de um Protocolo Assistencial de requer avaliação prévia e criteriosa das práticas que serão alteradas, da instituição onde as práticas ocorrem, da personalidade e valores dos profissionais que serão envolvidos no processo de mudança e dos consumidores finais.

Durante a implementação de novos Protocolos, devido à mudança de rotinas, podem surgir resistências dos profissionais ao processo, tais como a não concordância pela falta de conscientização de que há novas evidências, expectativas negativas em relação ao processo e resultados, falta de motivação para mudança e de familiaridade com o uso de Protocolos.

Portanto, construir plano de ações é fundamental para o sucesso do processo de implementação de Protocolos. O planejamento engloba envolver os indivíduos que serão afetados pelo processo de implementação, reconhecer as lideranças que podem apoiá-lo, identificar as principais barreiras para a implementação e os mecanismos para superá-las, identificar os recursos disponíveis, os profissionais facilitadores do processo e os mecanismos para fortalecê-los.

Engloba, ainda, examinar que as estratégias de implementação que poderão funcionar em determinado contexto, prever os principais resultados esperados após a implementação e definir critérios de como os resultados serão avaliados.

Existe grande número de estratégias para promover a utilização efetiva dos Protocolos na prática Assistencial, como visita in loco aos profissionais de saúde envolvidos por uma pessoa treinada, uso de lembretes que indicam o desempenho de uma ação clínica específica, participação dos profissionais em oficinas práticas ou de discussão sobre o Protocolo, divulgação de opinião de profissionais de saúde líderes locais, disponibilização de informação específica a pacientes e distribuição de materiais educativos, como guias e manuais e palestras.

O uso de intervenções multifacetadas, isto é, a combinação de duas ou mais intervenções, favorece o sucesso da implementação.

A auditoria clínica, outra importante estratégia para a implementação e uso de Protocolos, é uma ferramenta de avaliação que consiste em fornecer dados sobre as disparidades entre a prática atual e o desempenho esperado, como já apresentado na sessão de indicadores. Baseia-se na suposição de que os profissionais de saúde modificam sua prática ao receberem feedback, mostrando que ela é diferente daquela recomendada. Esta é uma estratégia que pode ser utilizada isoladamente ou como componente de intervenções múltiplas pelo HMTJ.

É imprescindível estabelecer um cronograma para a reavaliação periódica da implementação do Protocolo, pois a maioria das mudanças demora para ser incorporada e práticas prévias, já arraigadas na conduta profissional, tendem a ser retomadas.

Aspectos Legais Relacionados ao Uso de Protocolos

Os protocolos institucionais, 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.



10.2.1: ÁREA DE ATIVIDADE

IMPLANTAÇÃO DE PROCESSOS

Proposta de Manual de rotinas para a administração financeira e gestão de custos.

Proposta de Manual de rotinas para a administração financeira e gestão de custos.

A HMTJ adota como metodologia de trabalho o Modelo de Governança Corporativa criado para demonstrar a execução do programa de trabalho e como esse Modelo poder agregar valor aos serviços de saúde, através do fluxo de gestão da assistência e sua interface com a sociedade, com ênfase nos elementos de custo, qualidade e tempo. Governança Corporativa é o sistema pelo qual a entidade vai dirigir, monitorar e incentivar, envolvendo os colaboradores, conselhos de administração, diretorias, órgãos de fiscalização e controle e demais partes interessadas.

As boas práticas de governança corporativa convertem princípios básicos em recomendações objetivas, alinhando interesses com finalidade de preservar e otimizar o valor econômico de longo prazo, facilitando seu acesso a recursos e contribuindo para a qualidade da gestão, sua longevidade e o bem comum.

A eficiente governança corporativa deve garantir que os processos produzam resultados positivos, satisfazendo as necessidades da sociedade e em conjunto façam o melhor uso dos instrumentos a sua disposição.

Importância e Benefícios da Metodologia de Trabalho:

Os 4 princípios da governança corporativa adotados pela HMTJ:

• **Transparência**: Todos os interessados e envolvido no negócio têm o direito de ter acesso às informações de seu interesse. E isso significa disponibilizar não apenas aquilo que a lei obriga, mas tudo que possa auxiliar na gestão, na melhoria do desempenho da empresa e na garantia da geração de valor sustentável em longo prazo para o negócio.

• **Equidade**: equidade tem a ver – mas não somente – com igualdade. Gestores, líderes e colaboradores, entre outros stakeholders são tratados de maneira justa e isonômica. Para isso, consideramos seus direitos, deveres, necessidades, interesses e expectativas.

• **Prestação de Contas**: Todos os que de alguma forma atuam na HMTJ realizam suas prestações de conta de forma transparente segundo preceitos da instituição clara e

em tempo para que seus atos sejam avaliados e acompanhados. São totalmente responsáveis pelos seus atos e suas omissões.

• **Responsabilidade Corporativa**: se refere ao comprometimento de todos para que a viabilidade econômico financeira do HMTJ se preserve. Isso inclui evitar riscos desnecessários e buscar as melhores oportunidades de crescimento.

É de responsabilidade desta OSS, enquanto contratada, o gerenciamento, a administração, gestão e a operacionalização dos serviços da Unidade, incluindo, mas não se limitando a:

1. Controladoria;
2. Gestão Financeira;
3. Suprimentos;
4. Departamento Pessoal, Recursos Humanos e Saúde Ocupacional;
5. Gestão de Contratos;
6. Tecnologia da Informação.

Assim sendo, considerando que as atividades descritas acima são comuns a todas as filiais existentes do HMTJ, visando maior eficiência, agilidade, uniformidade de diretrizes, políticas institucionais, minimizar os riscos inerentes aos serviços e, principalmente, redução de gastos, será realizada a concentração do apoio técnico-administrativo necessário à execução de todos os Convênios/Contratos de Gestão, inclusive a futura parceria a ser firmada com o estado de Goiás.

Este modelo de gestão permite que o gestor de cada unidade mantenha seu foco de atuação direcionado no núcleo da sua atividade assistencial, além de possibilitar a unificação das boas práticas de apoio, tendo como objetivo primordial da centralização das despesas administrativas é reduzir a despesa individual com cada contrato de gestão, no presente caso, a futura parceria a ser firmada.

Assim, o HMTJ irá se utilizar, com vantagens para o município de Jacareí, de estruturas centralizadas para compartilhamento de serviços e custos, com o objetivo de otimizar a gestão dos recursos humanos, gestão financeira e contábil, gestão de suprimentos, entre outras atividades necessárias e imprescindíveis para o cumprimento do objeto dos Contratos, consolidando tais atividades em uma unidade de operação principal.

A sede administrativa do HMTJ opera, e propõe a operação da futura parceria a ser firmada nos moldes de Centro de Serviços Compartilhados (CSC) centralizando a orientação dos serviços realizados pelas suas unidades de saúde gerenciadas por meio de Contratos de Gestão celebrados com o poder público, conforme Manual da Criação da CSC – Central de Serviços Compartilhados ora anexado.

A OSS caberá: Assegurar o cumprimento e elaboração das demonstrações financeiras de acordo com as práticas contábeis, em conformidade com os pronunciamentos técnicos emitidos pelo Comitê de Pronunciamentos Contábeis (CPC) e aprovadas pelo Conselho Federal de Contabilidade (CFC) e, especialmente, nos critérios e procedimentos específicos de avaliação, de reconhecimento das transações e variações patrimoniais, e de estruturação das demonstrações contábeis estabelecidas na ITG 2002 – Entidades sem Finalidade de Lucros, aprovada pela Resolução CFC nº 1409/2012.

O HMTJ, deverá assegurar ainda, controles internos que permitam a elaboração de demonstrações financeiras didáticas e transparentes para a atividade filantrópica, para tal, essas demonstrações seguem também alguns preceitos impostos pelas leis 11.638/07 e 6.404/76. Ambas as leis, completam as orientações da ITG 2002 e o conjunto dessas diretrizes, norteiam o escopo de nossas demonstrações financeiras que são anualmente auditadas por empresas de auditorias registradas na CVM e publicadas em jornal de grande circulação, garantindo a transparência de nossas informações.

A apropriação e contabilidade das atividades assistências, contratos, suprimentos e mão de obra são efetuados pelos sistemas inerentes e consolidados pelos sistemas de custos e contábil, os responsáveis por integrar e analisar tais informações.

O foco nestas atividades ainda em segurança em todas as áreas, ou seja, os processos são desenhados colocando níveis de segurança em que uma área tem de validar o executado por outras. Vale ressaltar que todas as atividades estão incluindo em cronograma de fechamento dos balancetes mensais.

Controladoria

A controladoria é área de controle da instituição, cuja missão é otimizar o processo decisório garantindo adequadas informações aos gestores em busca da eficácia, qualidade e produtividade.

Trazendo esse parâmetro a uma organização social, é incluída nas atribuições dessa área a criação de barreiras de segurança em ações que envolvem recursos de contratos de gestão, ou seja, ações que tragam segurança aos recursos públicos que a entidade gere.

A controladoria se baseia nos processos de controle, através de padrões de qualidade previamente estabelecidos, focado no controle, planejamento e orçamento base zero determinado pela organização.

As atividades que compõem a controladoria são: Auditoria Interna, Contabilidade e Controle de Custos e Orçamentos.

Auditoria interna desenvolve atividades que tratam da análise de todos os pagamentos oriundos dos contratos de gestão, ou seja, notas fiscais com as devidas medições, folha de pagamentos de colaboradores, guias de encargos, dentre outros, indicando em nosso sistema através do status de cada lançamento a situação "boa para pagamento" ou não, ou seja, atuação importante como filtro a execução financeira dos pagamentos.

Além desse processo rotineiro, são comuns também analises diretamente nas unidades assistências, como avaliação de inventário de patrimônio, inventário de estoques e analise do processo de ateste em serviços de terceiros.

A contabilidade integra todas as informações validando processos e autorizações geradas de forma sistêmica por todas as áreas da instituição, analisa-as, gera todas as informações e relatórios envolvidos em obrigações legais dando suporte assim para as áreas de controle interno e custos. Segue também com todo o controle fiscal da entidade, cabendo aqui ressaltar que como entidade filantrópica, o controle fiscal trata apenas de impostos e encargos retidos na fonte, ou seja, do ato do pagamento para de fornecedores e colaboradores.

O setor de custos e orçamento são responsáveis pela consolidação, elaboração e análise gerenciais, aos resultados de desempenho operacionais apurados. São feitas analises críticas nos custos tanto nas oscilações horizontais quanto verticais, sempre em busca da eficiência operacional das unidades de saúde, comparando-as entre elas como também em relação ao seu orçamento inicial previsto.

Departamento Administrativo - Financeiro e Contábil

É o setores responsáveis pela administração financeira, planejamento financeiro e a rotina contábil do HMTJ e suas Unidades, e tem por objetivo principal a gestão dos recursos repassados pelo ente público às Unidades sob Contrato de Gestão, no caso em tela o Estado de Goiás, e a garantia da manutenção do seu equilíbrio financeiro, dando suporte aos gestores administrativos da Unidade para que possam tomar decisões.

Realiza o controle da tesouraria, contas a pagar e receber, investimentos, planejamento financeiro e divulgação mensal dos resultados.

— Tesouraria: responsável pela gestão do fluxo de caixa das unidades com controle diário das entradas e saídas de recursos financeiros e gestão das contas bancárias.

— Contas a pagar: controla o vencimento dos compromissos de todas as Unidades a fim de garantir o cumprimento das obrigações evitando pagamento com atraso e multa.

— Contas a Receber: verifica se os repasses dos entes públicos estão ocorrendo dentro do previsto e se as obrigações dos clientes estão sendo pagas em dia, acionando, quando necessário, os mecanismos de cobrança.

O Planejamento financeiro (Setor de Custos): garante o controle do orçamento, identificando oportunidades de redução de custos e investimento em melhores práticas de gestão, e na qualidade e segurança do paciente.

O Setor de Prestação de contas: é responsável pela elaboração da Prestação de Contas e tem como base o modelo definido no contrato de gestão firmado com os entes federados, além de ser responsável pela entrega da mesma no prazo contratual e imposto pela legislação local.

A Contabilidade: faz o controle do patrimônio (ativo: bens e direitos e passivo: obrigações) das Unidades e suas variações. A correta apropriação dos registros contábeis possibilita a tomada de decisões assertivas por parte do gestor financeiro e dos administradores das unidades além de garantir a entrega de processos corretos ao setor de auditoria e prestação de contas, minimizando erros e retrabalhos, já o setor Fiscal garante o cálculo de impostos a pagar e o cumprimento das exigências tributárias.

A Auditoria Interna: realiza atividade de assessoramento a administração, visa detectar possíveis falhas nos processos solicitando as respectivas correções, com foco na melhoria dos controles internos. Acompanha todos os processos da Instituição, orienta a

respeito dos fatos observados e busca aperfeiçoamento dos processos, mitigando erros e fraudes.

— Acompanhamento de prestações de contas

— Verificação das rotinas internas (unidades)

— Validação dos controles e fluxos de informações

Atende as auditorias externas (TCM, TCE, MP, SMS, SES e TCU) e auxilia demais setores na elaboração de respostas aos relatórios de Auditoria, além de realizar a interface entre as Secretarias e o Instituto.

Apenas a elaboração dos processos para pagamentos e o lançamento das Notas Fiscais são realizadas por auxiliares administrativos nas Unidades, todas as demais atividades estão centralizadas na Sede Administrativa

Gestão de Suprimentos

A gestão de suprimentos envolve toda a cadeia de suprimentos, iniciando na análise do consumo atual, necessidade de reabastecimento, cotações, logística para entrega, efetivação do abastecimento da unidade, conferência do abastecimentos e transformação da ordem de compras em nota fiscal no sistema.

Todas as etapas desse processo seguem os conceitos descritos no manual de compras e contratações da entidade.

- Analise de consumo: é feito analise semanal e consolidação do consumo mensal, observando as possíveis variações devido a desvios na curva da demanda assistencial da unidade.
- Necessidade de reabastecimento: com base no histórico de consumo, estoque de segurança parametrizado no sistema e saldo atual, é informado a necessidade de resuprimento dos estoques da unidade.
- Cotações: Com o recebimento dos produtos e quantitativos necessários é encaminhado via exportação a plataforma de leilão reverso para cotação mais ampla por fornecedores, com retorno dos mesmos, produtos a produtos, com avaliação de preços, qualidade e prazo de entrega.

Responsável pelo planejamento da compra de materiais, estudos de disponibilidade de materiais, estratégia de pré-pedido, processamento / controle de requisição,

relacionamento entre diferentes setores e funções, controle do recebimento, garantia do cumprimento dos prazos para todas as atividades do gerenciamento de suprimentos. Validação das compras no sistema BIONEXO e monitoramento do giro de estoques, além de garantir que o melhor custo benefício seja o fator primordial no processo de compras.

a. Controle da qualidade dos materiais: controla e monitora a qualidade, especificações de materiais e aprova ordens de compra.

b. Aquisição: realiza pesquisa, avaliação das ofertas de mercado, pedidos de compra e contratação, acompanhamento e avaliação das atividades pós-pedido e registro do desempenho dos fornecedores.

c. Controle dos dados dos fornecedores: responsável pelo controle dos dados dos fornecedores e manutenção dos registros (cadastro).

d. Almoxarifado: monitora e garante a qualidade dos materiais e equipamentos, inspeções internas e de campo, cumprimento de padrões, controle da qualidade. Validação realizada através do sistema de compras (BIONEXO ou APOIO).

e. Inspeção: monitora o desempenho do fornecedor, relatórios da situação do pedido e projeções de entrega.

f. Planejamento de estoques: monitora a quantidade de insumos, controla a requisição, verifica o volume, a qualidade e a rotatividade dos estoques das Unidades.

Apenas as atividades de recebimento, armazenamento e dispensação de materiais e insumos são realizadas por auxiliares de almoxarifado e técnicos de farmácia nas Unidades, todas as demais atividades estão centralizadas na Sede Administrativa.

Gestão de Contratos

A área de gestão dos contratos valida às demandas de prestadores de serviços indicadas por gestores operacionais das unidades, busca no mercado fornecedores que as atendam tecnicamente e financeiramente (orçamento proposto), valida com a direção geral da instituição, formalizam o contrato com prestador e geram no nosso sistema de BackOffice durante o período de vigência do contrato as provisões do mesmo, provisão essa que será utilizada para os futuros lançamentos de notas fiscais.

De forma a tornar o processo de contratação mais ágil e simultaneamente mais seguro, com a ciência de todos os níveis de autorização necessário, foi criado em nosso

sistema um formulário que permite ao coordenador operacional de cada unidade solicitar esse pedido em um fluxo já preestabelecido que transita pelas seguintes áreas:

- Coordenação Operacional, indicando toda a necessidade técnica e legal para a demanda do serviço;
- Contratos, buscando no mercado prestadores de serviço para tal demanda, anexando os orçamentos, conforme o manual da instituição para compras e contratações;
- Direção Geral Unidade, validando a necessidade da demanda;
- Controladoria; validando a disponibilidade orçamentária para o custo;
- Direção Geral OSS, validação final;
- Contratos, formalização do contrato com o prestador de serviços e provisões contáveis.

Com a finalização desse processo, que teve a criação desse fluxo eletrônico para se tornar mais ágil, o serviço começa a ser prestado na unidade. Seguindo o fluxo de datas juntamente com o planejamento contábil e financeiro, as medições dos fornecedores são encerradas mensalmente no dia 20, para validação, emissão de nota fiscal, e posterior transformação de provisões de serviços em nota fiscal, no sistema (remetida a auditoria interna).

Um ponto importante a ser citado não somente a este processo, como também ao de compras, que somente se lança uma nota fiscal para pagamento no sistema através de uma ordem de compras ou serviços (provisão contrato) já pré-existente e que é resultado dos processos das áreas de Suprimentos e/ou Contratos, trabalhos esses também resultantes de pedidos técnicos dos operacionais das unidades, processo esse supervisionado pela controladoria.

Recursos Humanos e Saúde Ocupacional

O Departamento Pessoal, Recursos Humanos e Saúde Ocupacional trabalham em conjunto para fornecimento de mão de obra, capacitada, humanizada, envolvida com os objetivos da instituição tanto nos setores envolvidos diretamente na assistência nas unidades como também nas áreas de apoio.

Para tanto é feito um trabalho inicial junto ao setor de recursos humanos para encontrar o quadro ideal de colaboradores para a unidade que atinja ao mesmo tempo o

quantitativo legal necessário devido à sua estrutura como também aos conceitos de trabalho humanizados preconizados pela instituição.

O Recursos Humanos ainda complementa esse trabalho com todos os reflexos sindicais que esse quadro pode ter. A Saúde Ocupacional atua simultaneamente validando esse quadro com os preceitos legais.

Com esse quadro cadastrado, que é validado pela controladoria, só é possível contratar exatamente esse quantitativo de pessoas. Com o quadro definido é realizado processo seletivo para todas as vagas de trabalho, com anterior divulgação do processo, com aplicação de provas e entrevistas, resultando no cadastro no colaborador no sistema.

É normal ao longo do processo, devido a variação da demanda assistencial, modificações estruturais ou até a algum fator não observado no orçamento, a necessidade de modificação (para maior ou menor) desse quadro, para tal, foi criado fluxo eletrônico similar ao de contratação de terceiro com esse fim onde:

- O coordenador da unidade, sinaliza a necessidade, justificando tecnicamente o aumento;
- A Direção Geral da unidade, valida também tecnicamente essa solicitação;
- A Controladoria, indica a disponibilidade orçamentária para tal ou ajuste de custos necessário para acréscimo de determinada função;
- A Direção da OSS, valida com base nas necessidades técnicas e ajustes orçamentários necessários.
- O Recursos Humanos, cria a disponibilidade de vaga no sistema e realiza o processo seletivo.

Departamento Pessoal

O Departamento Pessoal é o setor da empresa responsável por gerenciar e acompanhar todos os processos burocráticos relacionados aos colaboradores como salários, férias, faltas, atestados, entre outros. Com os colaboradores já atuando na unidade, temos como preceito básico a utilização do ponto biométrico, já integrado ao sistema de folha de pagamento, para formalização das variáveis impactantes na folha de pagamento. Pontos esses sempre analisados previamente pelas lideranças hierarquicamente ligadas diretas ao colaborador do primeiro ao último nível, utilizando também como data de fechamento o dia 20 de cada mês.

O Departamento Pessoal recebe essas variáveis de forma sistêmica, integra as informações, gera as folhas de pagamento salários mensais, férias, descontos por

absenteísmo, afastamentos, entre outros. Ao fim do processo, seguindo os prazos restringidos pelo cronograma de fechamento contábil, o Departamento Pessoal remete a folha de pagamento para contabilidade para geração do impacto fiscal dos encargos retidos dos colaboradores e em seguida encaminha para validação da auditoria interna a folha para efetivo pagamento dos colaboradores.

Estes setores funcionarão através de uma Central de Serviços Compartilhados (CSC) alocada na unidade matriz da OSS HMTJ em Juiz de Fora que dará total suporte para gestão administrativa e corporativa necessárias ao desenvolvimento das atividades, conforme descrito no Manual deste serviço.

Assessoria Jurídica - Contratos

O Departamento Jurídico interno tem por missão solucionar e prevenir conflitos em todas as áreas do Direito, assessorando a diretoria estatuária e os diretores administrativos das filiais com as informações e serviços legais completos, capazes de garantir ambiente seguro e compatível com as necessidades da entidade.

Registra-se que Departamento Jurídico interno mantido pelo HMTJ não tem por finalidade o mesmo suporte oferecido pela assessoria jurídica externa por ela contratada.

Destarte, assessoria jurídica externa contratada presta serviços para cada unidade, absorvendo a demanda que não é possível ser assumida pelo Departamento Interno do HMTJ, serviços esses que abrangem:

Todas as atividades desse setor estão centralizadas na Sede Administrativa

Comunicação Institucional

Responsável pela elaboração de projetos de sensibilização e divulgação de informações para os colaboradores das Unidades sob Contrato de Gestão, referentes às instruções dos entes públicos sobre regras de funcionamento, políticas, instruções normativas, campanhas educativas e assistenciais.

O Departamento de Comunicação elabora layout de material escrito e de apoio como: cartazes, manuais, vídeos institucionais. Para o público interno (funcionários e prestadores de serviço) divulgam informações sobre o funcionamento, informes do departamento de Recursos Humanos, política de acesso à informação, campanhas para

melhores práticas assistenciais e vídeos informativos. Para o público externo é responsável pelo apoio ao layout de comunicados, identidade visual da unidade, criação e atualização do site institucional.

Todas as atividades desse setor estão centralizadas na Sede Administrativa

Coordenação Administrativa Local:

Os serviços gerais de apoio administrativo e financeiro da operação serão responsabilidade do Coordenador Administrativo da unidade, conforme perfil estruturado para o cargo através do sistema de Gestão de Competências, que abrange, entre outras atividades:

- ✓ Coordenar e supervisionar rotinas administrativas;
- ✓ Elaborar, implantar, programar, orientar a execução das normas e todas as rotinas administrativas;
- ✓ Supervisionar cronogramas;
- ✓ Propor medidas de simplificação e melhorias das rotinas administrativas;
- ✓ Coordenar serviços gerais, serviço de malote, instalações, serviços de limpeza, seus cronogramas e necessidades;
- ✓ Organizar documentos e correspondências, receber, analisar, classificar, registrar, conferir documentos e organizar registros;
- ✓ Controlar abastecimento de estoque;
- ✓ Coordenar equipes de apoio operacional e administrativas;
- ✓ Requisitar e/ou aprovar requisição de pessoal, definir e gerenciar escala de trabalho, avaliar desempenho da equipe, remanejar pessoal, apurar frequência ao trabalho e gerenciar benefícios;
- ✓ Manter rotinas referente ao pequeno caixa, controlar verbas; monitorar metas;
- ✓ Controlar contas a pagar; controlar fluxo de caixa; prestar contas;
- ✓ Divulgar informações;
- ✓ Esclarecer dúvidas;
- ✓ Intermediar equipes;
- ✓ Elaborar comunicados, documentos e relatórios;
- ✓ Desenvolver treinamentos do programa de educação continuada para manter atualizada a equipe de profissionais do setor;
- ✓ Acompanhar e analisar os indicadores da área e criação de plano de ação de forma a garantir o alcance das metas;

- ✓ Realizar reunião periódica com a equipe para monitoramento das atividades em curso e projetadas, assim como avaliar em conjunto os indicadores;
- ✓ Responsabilizar-se por atender e disseminar todas as determinações que constam nos procedimentos padrão do RH de nível gerencial e cumprir os requisitos internos, da organização, administrativos e do Sistema de Gestão da Qualidade.

RESPONSABILIDADES INSTITUCIONAIS DO COORDENADOR ADMINISTRATIVO (HOSPITAL, UPA E UBS)

- ✓ Garantir que as metas, estratégias, políticas e objetivos do Planejamento Estratégico sejam divulgados e entendidos por todos os colaboradores;
- ✓ Cumprir e fazer cumprir na sua área, a legislação vigente, o Regulamento, as Normas, Valores e Projetos Institucionais;
- ✓ Gerenciar os processos de sua área em sintonia com as outras áreas e lideranças para o alcance dos resultados Institucionais;
- ✓ Avaliar e acompanhar o desempenho de seus colaboradores dentro do modelo de "Gestão por Competências", monitorando os planos de ação sem deixar que os prazos expirem e registrando feedbacks constantes, conforme padrão adotado pela instituição;
- ✓ Realizar outras atividades correlatas e/ou inerentes à sua função conforme descritas no respectivo Perfil Profissiográfico Previdenciário e/ou quando solicitadas pelo superior imediato.

I. Objetivos

O modelo de Organização Social de Saúde (OSS) é norteado pelo controle dos custos, uma vez que o objetivo da organização não é o lucro. Colaborando com o citado, de acordo com a legislação vigente a OSS recebe uma renda social referente ao valor de custeio citado em proposta de concorrência prevista em edital, logo a sustentabilidade da organização é gerenciada por um apurado controle de custos com o objetivo de otimizá-los. Visando garantir a correta alocação dos recursos a OSS HMTJ trabalha com a metodologia de apuração de custos por absorção plena aonde tem todo o controle de custos por unidade de saúde, centro de custos e produtos gerados, valendo ressaltar que para atingir esses resultados foi estabelecido um cronograma rígido em que são necessárias tanto a participação da unidade central como também todas as lideranças das unidades. Os dados são alimentados e recebem uma análise prévia até o dia 10 do mês subsequente, sendo que a partir dessa data cada gestor de centro de custos analise seu custo unitário, assim gerando subsídio para a Coordenação Administrativa analisar os custos da unidade como um todo. Essa análise é realizada em uma reunião de todas as unidades em conjunto com a Direção da OSS HMTJ com objetivo de disseminação da metodologia e principalmente da cultura de análise e otimização de custos.

Materiais:

Computador

Módulo de gestão de custos

RM TOTVS;

III. Descrição dos passos da atividade

- Discutir com os assistentes de Custos os dados inseridos mensalmente no sistema de custos pelas unidades na segunda semana de cada mês, identificando as principais dificuldades encontradas para fechamento dos relatórios;
- Fornecer, a todos os gestores de unidades informações referentes aos seus custos dos respectivos centros de custos, despertando assim a corresponsabilidade, para que todos exerçam uma efetiva gestão dos custos;
- Gerar subsídio para análise dos custos ao longo do tempo;
- Possibilitar a troca de informações e a comparação de resultados com as unidades;
- Oferecer para a diretoria as informações necessárias para a tomada de decisões ou soluções de problemas;
- Permitir a comparação e a evolução dos custos periodicamente;
- Permitir a comparação dos custos com o valor previsto em contrato para gestão da unidade;

IV. Siglas e Definições

RM TOTVS – Sistema de Gestão hospitalar, financeira, entre outros.
SigQuali - Software de Gestão de Qualidade no Setor de Saúde

V. Anexos

N/A

VI. Referências

MATOS, Afonso José de.Técnicas Análises e Tomada de Decisão: 3 ed. São Paulo, 2005.

I. Objetivos

Processo de análise e validação de todos os custos envolvidos para execução dos serviços prestados pela instituição, gerando relatórios que subsidiem a tomada de decisão da diretoria. O assistente de custos deve manter os relatórios atualizados e buscar a otimização dos custos envolvidos que contribuirão para a saúde financeira da unidade.

Materiais

Computador

Descrição dos passos da atividade

1º Passo:

Abra o sistema de custos, conforme figura abaixo:



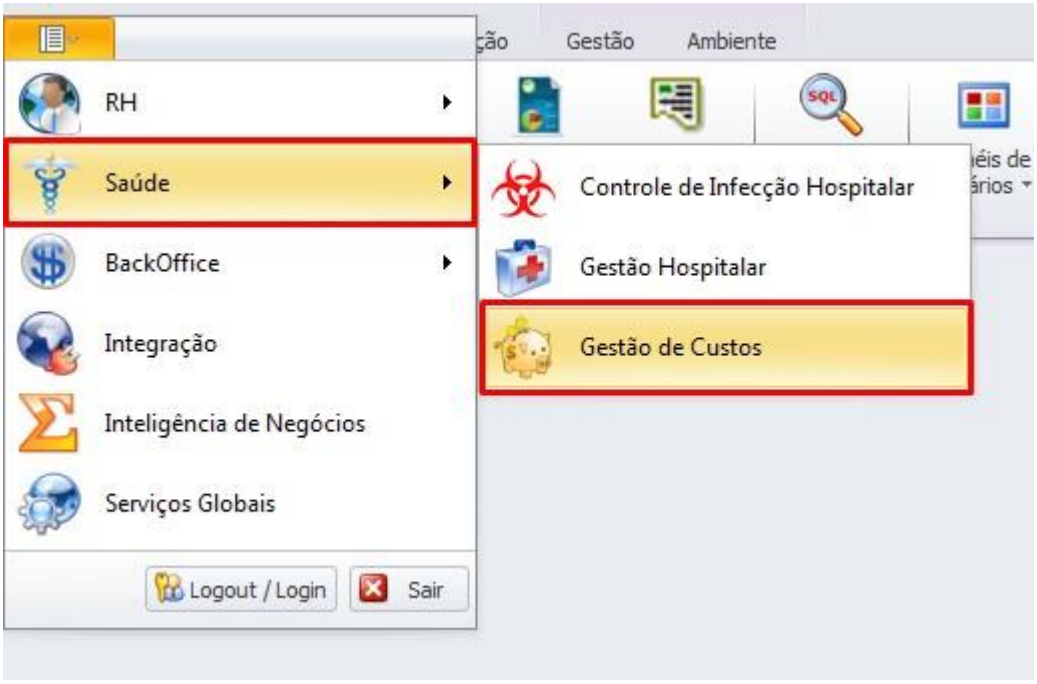
2º Passo:

Insira seu usuário e sua senha para acessar o sistema.



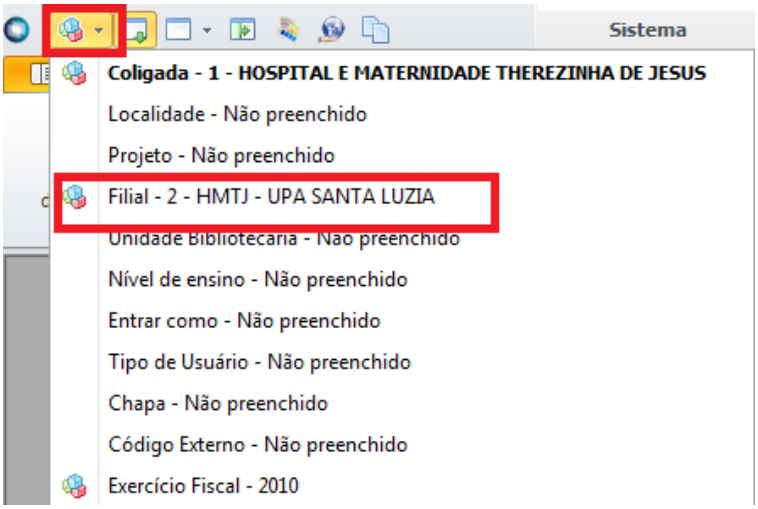
3º Passo:

Selecione o item como mostra a figura abaixo, localizado no canto superior esquerdo da tela, e em seguida selecione Gestão de Custos.

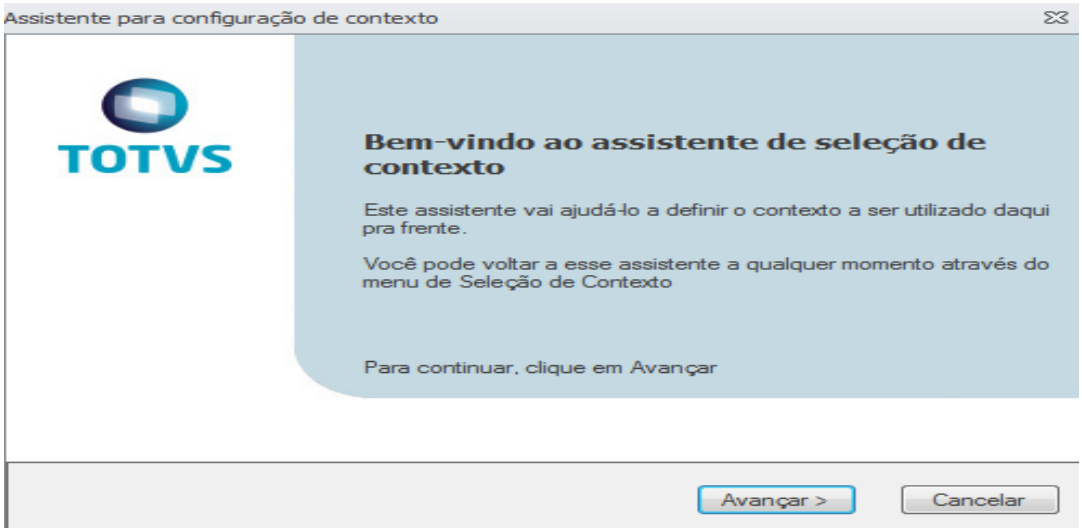


4º Passo:

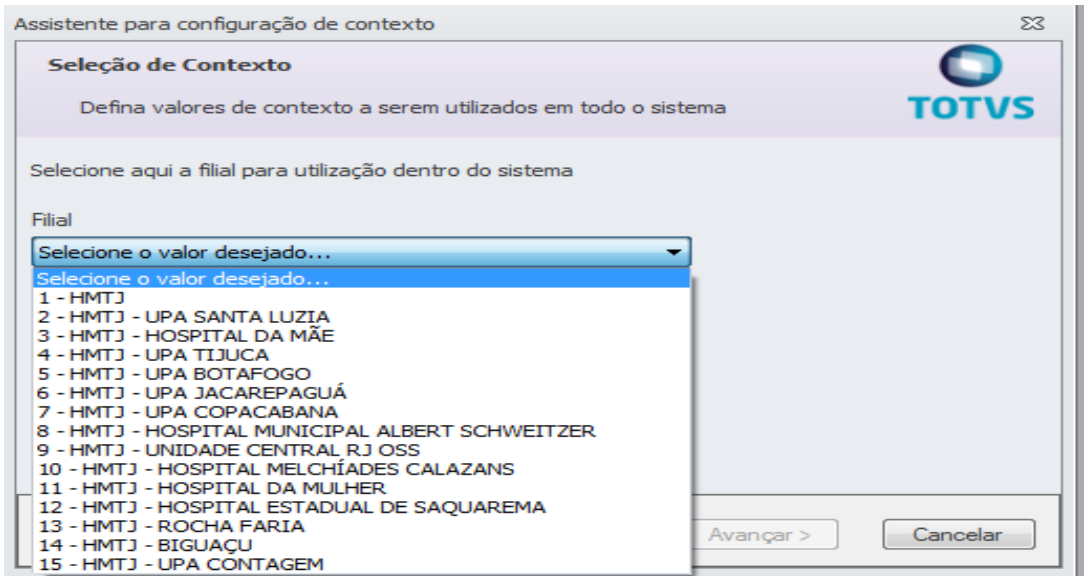
4.1 Selecione o item como mostra a figura abaixo, localizado no canto superior esquerdo da tela e em seguida, selecione a filial que aparece para você para dar continuidade no processo.



4.2 Clique em avançar para poder escolher sua filial, como mostra a figura abaixo:



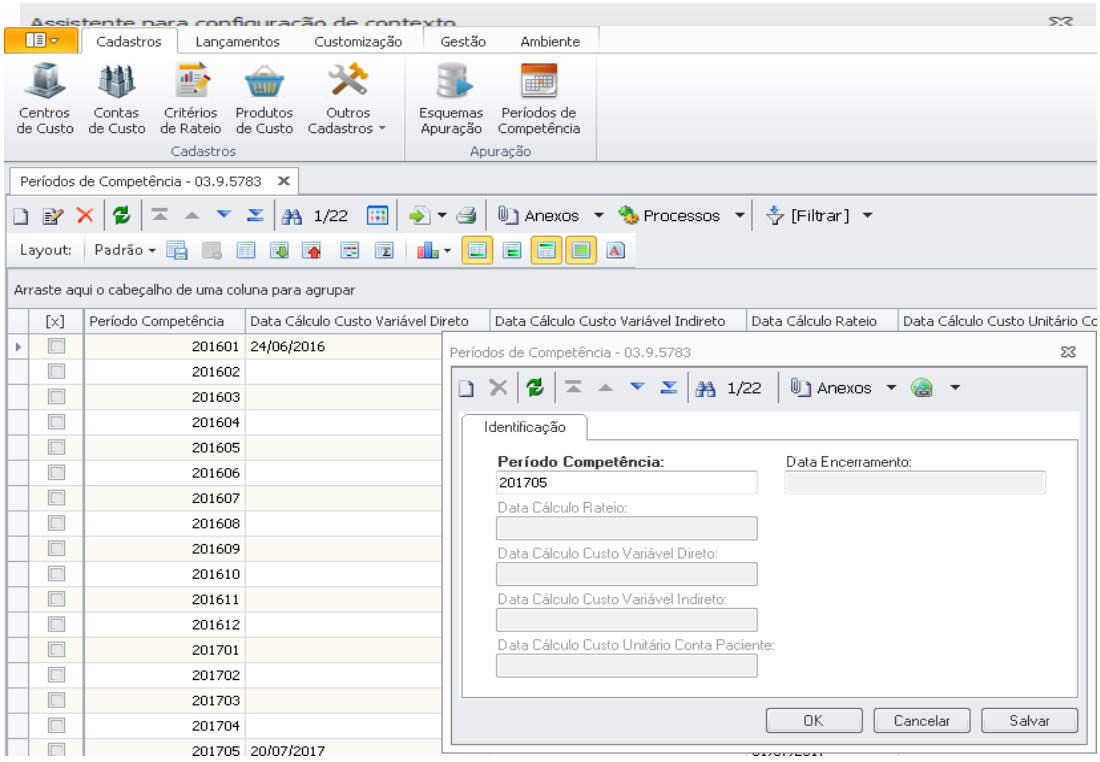
4.3 Selecione a filial referente a sua unidade e em seguida, clique em avançar.



4.4 Clique em concluir

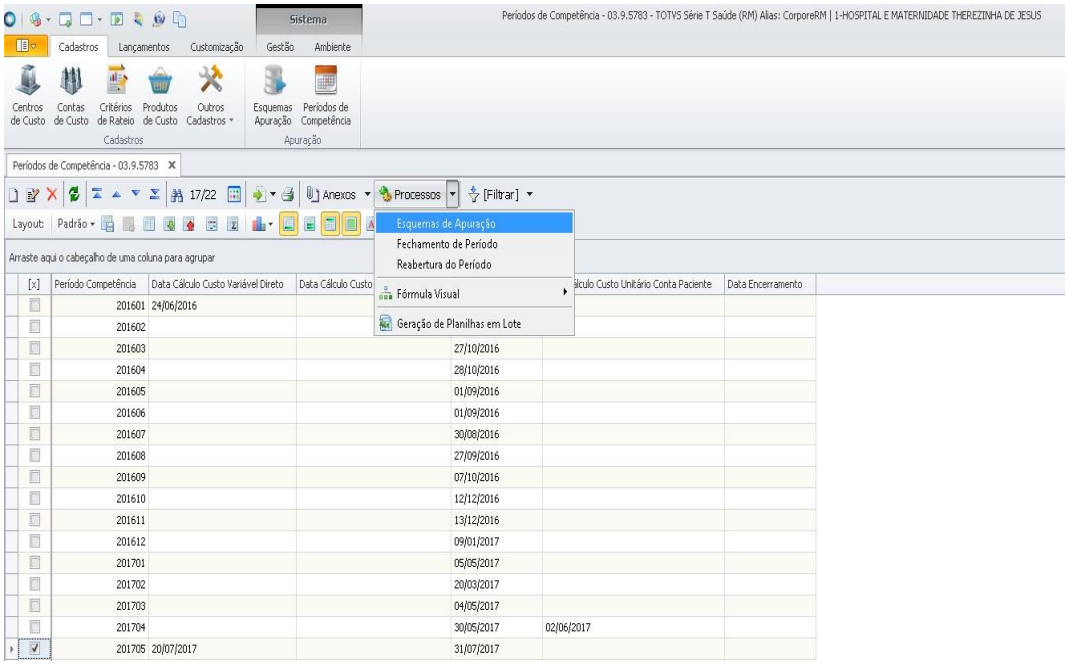
5º Passo:

Clique em Períodos de Competência, na próxima tela clique no ícone localizado no canto esquerdo "incluir" digite a competência a ser aberta seguindo o padrão do sistema AAAAMM (ano e mês) e em seguida clique em OK.

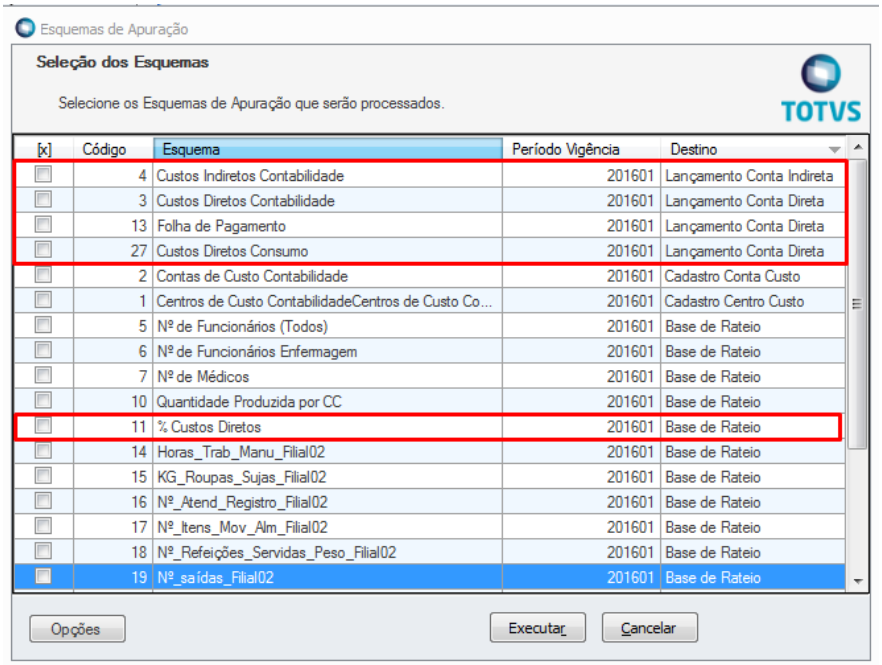


6º Passo:

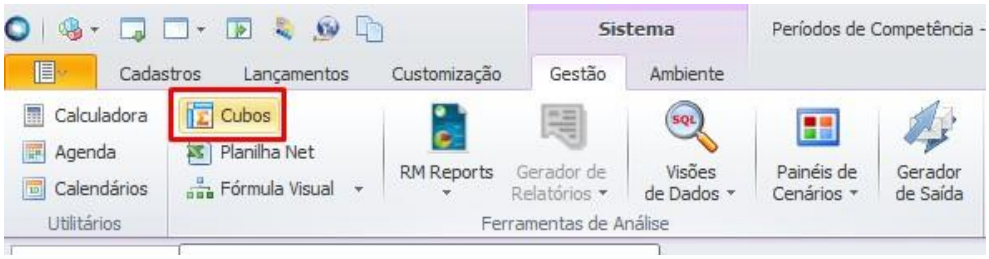
6.1 Após receber o email da Contabilidade validando a folha de pagamento e liberando a mesma para importação, clique em Períodos de Competência, clique na caixa ao lado da competência que deseja importar a folha, em seguida em Processos e Esquemas de Apuração.

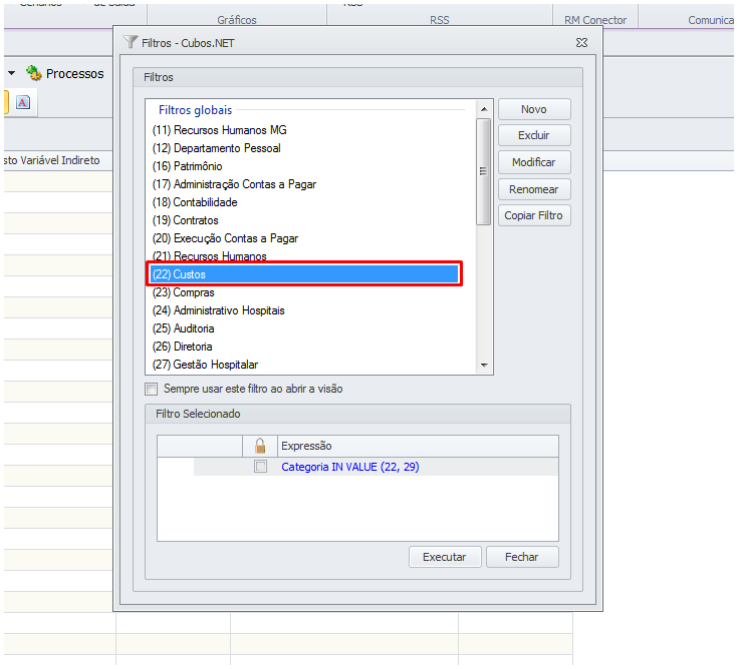


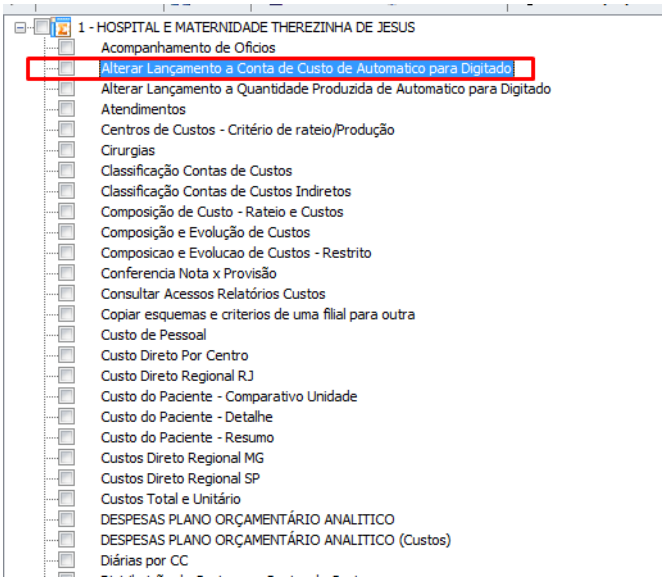
6.2 Na próxima tela, será necessário realizar apurações referente a folha de pagamento, Custos Diretos Contabilidade, Custos Diretos Consumo, % Custos Diretos e Custos Indireto. Clique em executar um código por vez, na sequência informada.

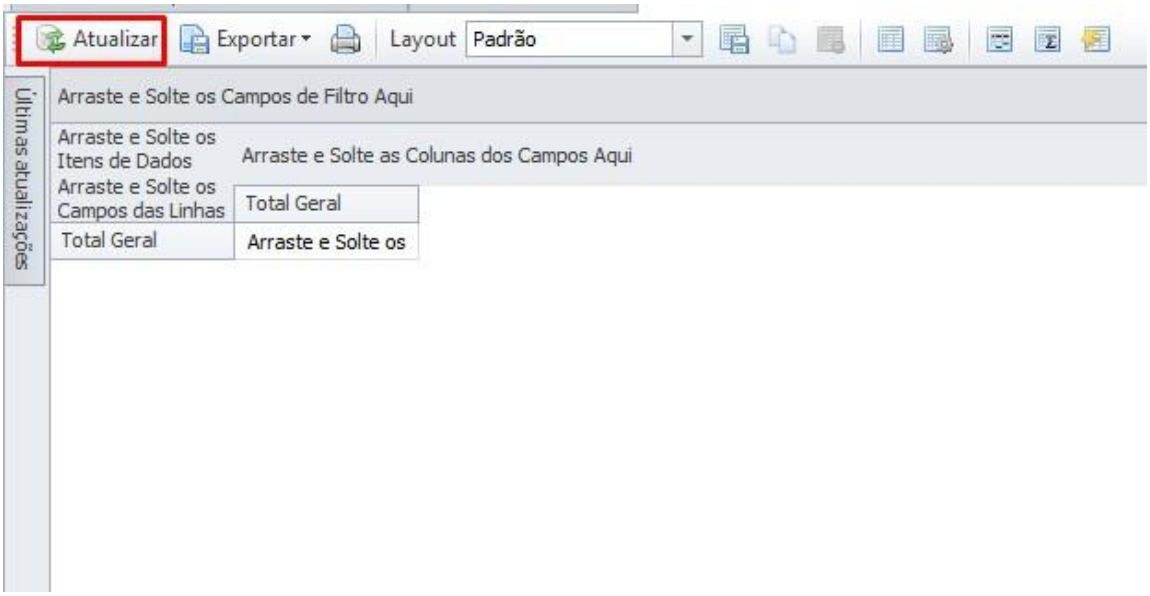


6.3 Na próxima etapa, será necessário alterar as contas de custo de automático para digitado.

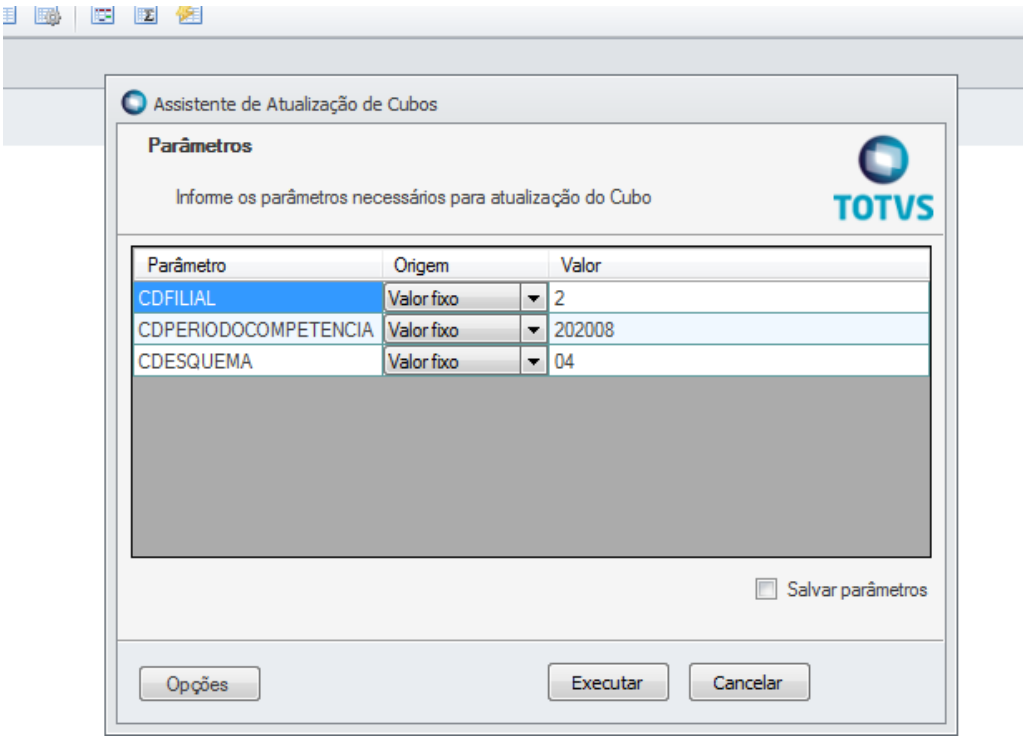








Será necessário digitar a filial, competência (AAAAMM) e o código do esquema apurado (código apresentado na página 6).



8º Passo:

8.1.Após receber o balancete da contabilidade, o assistente de custos deverá calcular o custo total da unidade seguindo a seguinte fórmula:

Conta 3.2 Débito - Crédito

Conta 3.3.1 Débito - Crédito

Conta 3.4.1.2 Débito - Crédito

3.2	544	CUSTO DOS SERVIÇOS	38.149.623,79	6.228.933,26	993.545,08-
3.2.1	545	CUSTO NO ATENDIMENTO DE PACIENTES	38.149.623,79	6.228.933,26	993.545,08-
3.2.1.1	546	CUSTO NO ATENDIMENTO DE PACIENTES	38.149.623,79	6.228.933,26	993.545,08-
3.2.1.1.01	547	PESSOAL PRÓPRIO	12.953.396,73	1.870.752,73	109.674,83-
3.2.1.1.01.00	548	SALÁRIO CONTRATUAL	6.652.942,89	916.416,11	37.750,64-
3.2.1.1.01.00	549	ADICIONAL DE INSALUBRIDADE	881.112,28	114.196,24	0,00
3.2.1.1.01.00	550	ADICIONAL NOTURNO	804.584,63	108.328,87	0,00
3.2.1.1.01.00	551	HORAS EXTRAS	19.412,65	28.302,30	0,00
3.2.1.1.01.00	552	ADICIONAL DE PERICULOSIDADE	16.600,76	1.912,52	0,00
3.2.1.1.01.00	554	PRÊMIO ASSIDUIDADE	630.470,88	83.093,21	0,00
3.2.1.1.01.00	555	13° SALÁRIO PROVISIONADO	828.577,26	111.787,59	0,00
3.2.1.1.01.00	556	FÉRIAS PROVISIONADAS	1.151.703,74	149.567,19	0,00
3.2.1.1.01.00	2022	GRATIFICAÇÕES E VANTAGENS PESSOAIS	48.636,26	2.559,11	0,00
3.2.1.1.01.00	2023	DSR E FERIADO TRABALHADO	112.408,03	27.852,31	0,00
3.2.1.1.01.00	2024	AFASTAMENTO POR DOENÇA	96.852,07	13.254,01	0,00
3.2.1.1.01.00	2025	ABONO PECUNIÁRIO DE FÉRIAS	14.390,35	2.593,33	0,00
3.2.1.1.01.00	2026	AVISO PRÉVIO E INDENIZAÇÕES	450.979,66	66.609,17	5.320,65-
3.2.1.1.01.00	2028	FGTS NA RESCISÃO	618.738,30	83.012,67	0,00
3.2.1.1.01.00	2030	ASSISTÊNCIA MÉDICA E SOCIAL	405.018,67	87.296,34	24.668,74-

Para calcular as contas de custo: Salário Contratual, Encargos, Verbas, Benefícios e Hora Extra, segue tabela:

Descrição	Se Refere
SALÁRIOS	Salário Contratual Adicional Insalubridade Adicional Noturno Prêmio Assiduidade Adicional de Periculosidade Afastamento por Doença DSR e Feriado Trabalhado Gratificações e Vantagens PE
ENCAGOS (FÉRIAS)	Abono Pecuniário de Férias Férias Provisionadas 13º Salário Provisionado FGTS PIS
VERBAS	FGTS na Rescisão Aviso Prévio e Indenizações
BENEFÍCIOS	Vale Transporte PAT
HORAS EXTRAS	Horas Extras

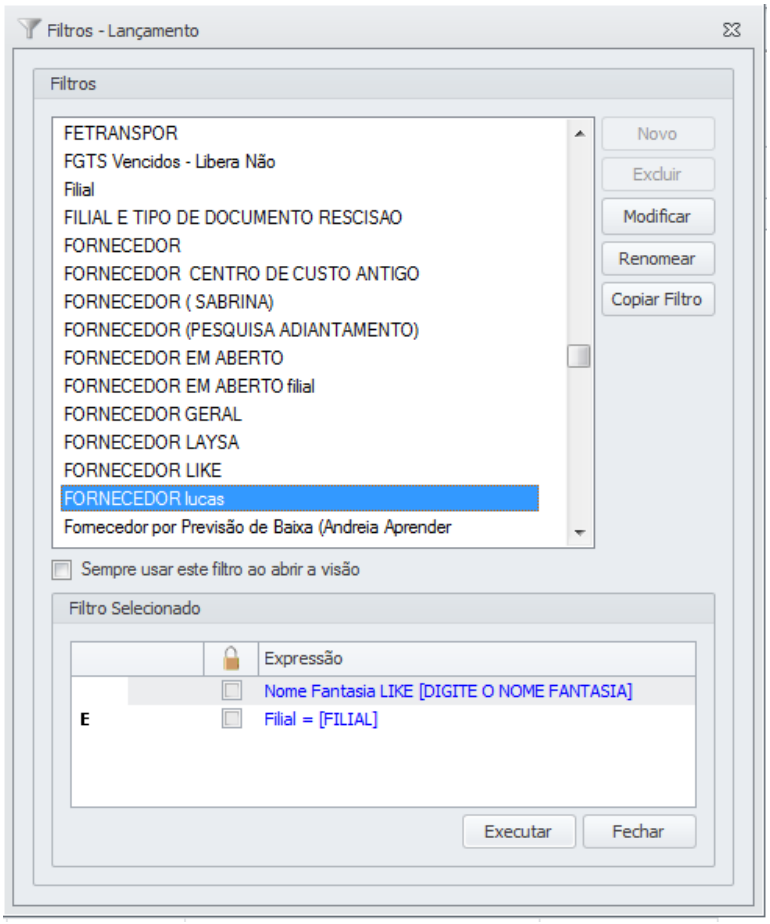
9º Passo:

9.1 Caso haja dúvida no serviço prestado pelo fornecedor, o assistente de custos deverá acessar o RM Gestão Financeira.

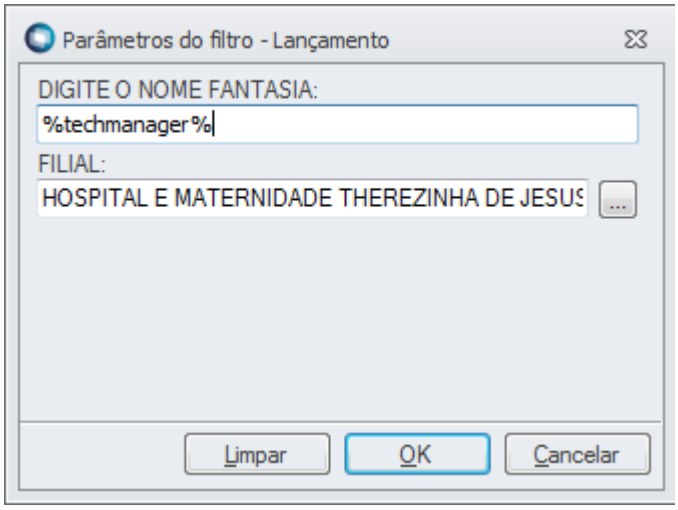




9.2 Em seguida selecione o filtro fornecedor e preencha os campos solicitados.



Obs.: Coloque o nome do fornecedor entre %.



9.3 Na próxima tela, localize o lançamento e copie o código do campo CNPJ.

Mês de Comp...	Número do Documento	cnpj
	0322388501	DOC_2_26551148000108_0322388501
08/2020	0202073601	DOC_2_26551148000108_0202073601
	0318332201	DOC_2_26551148000108_0318332201
	0316411501	DOC_2_26551148000108_0316411501
07/2020	0202071001	DOC_2_26551148000108_0202071001
06/2020	0202068901	DOC_2_26551148000108_0202068901
	0313179501	DOC_2_26551148000108_0313179501
05/2020	0202066501	DOC_2_26551148000108_0202066501
	0310798701	DOC_2_26551148000108_0310798701
04/2020	0202063901	DOC_2_26551148000108_0202063901
	0000843201	DOC_2_26551148000108_0000843201

9.4 Em seguida abra o navegador e entre com seu login e senha no FLUIG.
Cole o código no campo de busca, apague os dois últimos dígitos e dê enter para pesquisar.
Ao aparecer o registro clique nos 3 pontos ao lado da descrição e em download para baixar a imagem referente a nota fiscal.



9.5 Abra a imagem baixada e visualize o serviço prestado para verificar se há a necessidade de mudança de centro de custos ou conta contábil. A informação também é importante para as justificativas das variações.



DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS E INFORMAÇÕES RELEVANTES

CONTRATO 1107.021653 2017 SERVICO Manutencao de maquinas, aparelhos e equipamentos COMPETENCIA 08 20
17 DATA DE VENCIMENTO 15 SEP 17 TAXA DE CONVERSAO 3.1161 RETENCAO CONFORME ART.34 DA LEI N 13.137 15
PRIVADO NAO SUJEITO A RETENCAO DE ISS POR TOMADOR VALOR LIQUIDO 12381.46

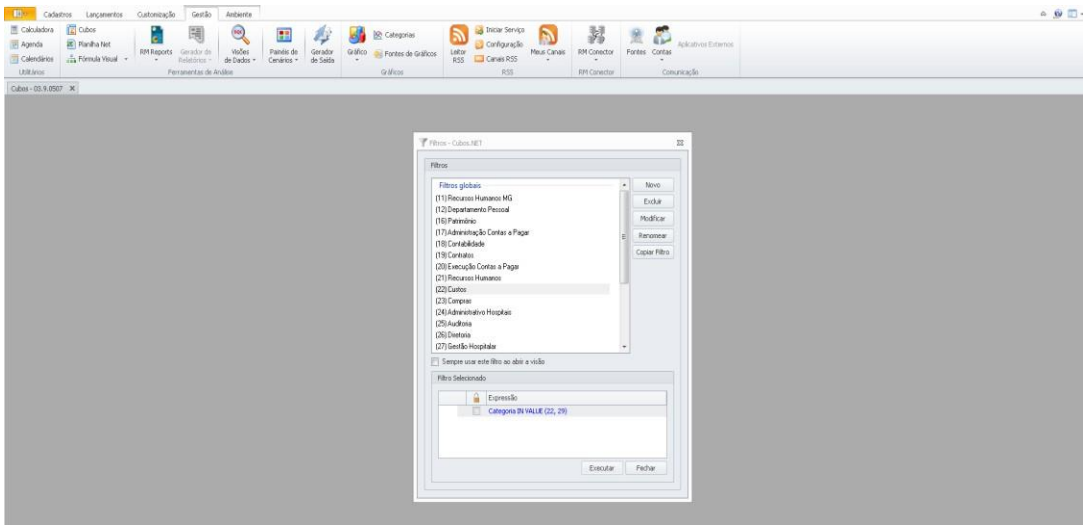
VALOR NÃO INCLUÍDO NA BASE DE CÁLCULO (exceto tributos federais)	Observações
R$ 0,00	ISSQN devido a: BARUERI-SP

IRRF	PIS/PASEP	COFINS	CSLL	
0,00	84,40	389,56	129,86	

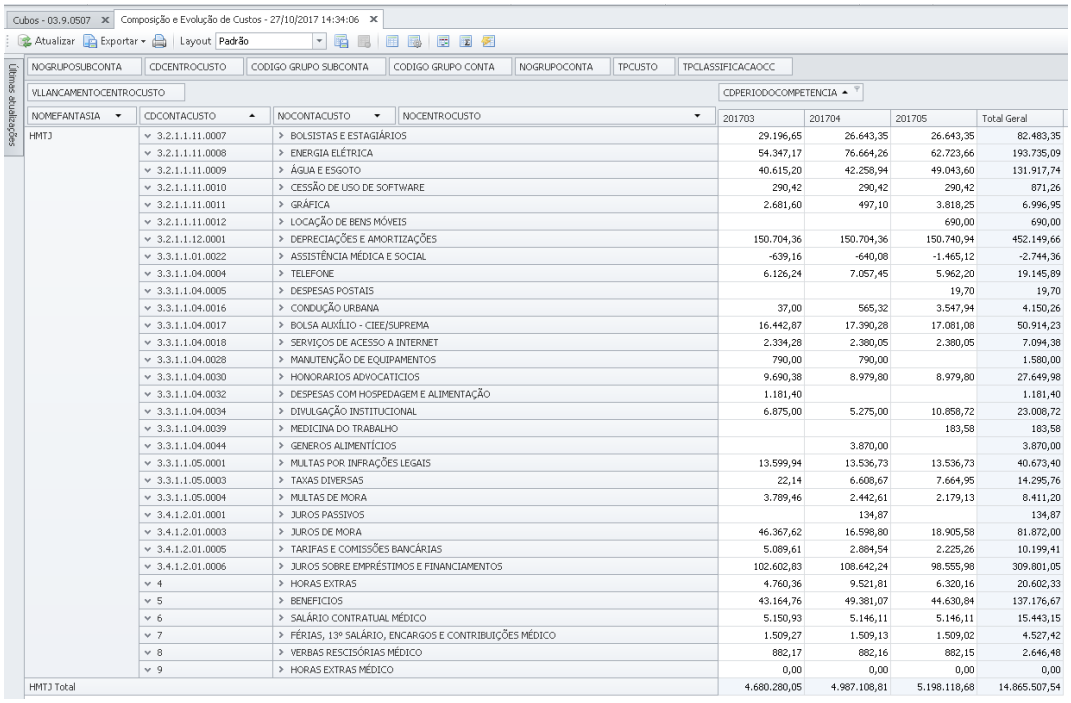
VALOR TOTAL DA NOTA	12.985,28

10º Passo:

10.1 Após realizar todas as importações, o assistente de custos deverá verificar se os valores apresentados no sistema de custos estão iguais aos demonstrados no balancete (conta citada na página 9). Para isso deverá clicar na aba Gestão, em seguida cubos e selecionar o filtro (22) Custos e execute.



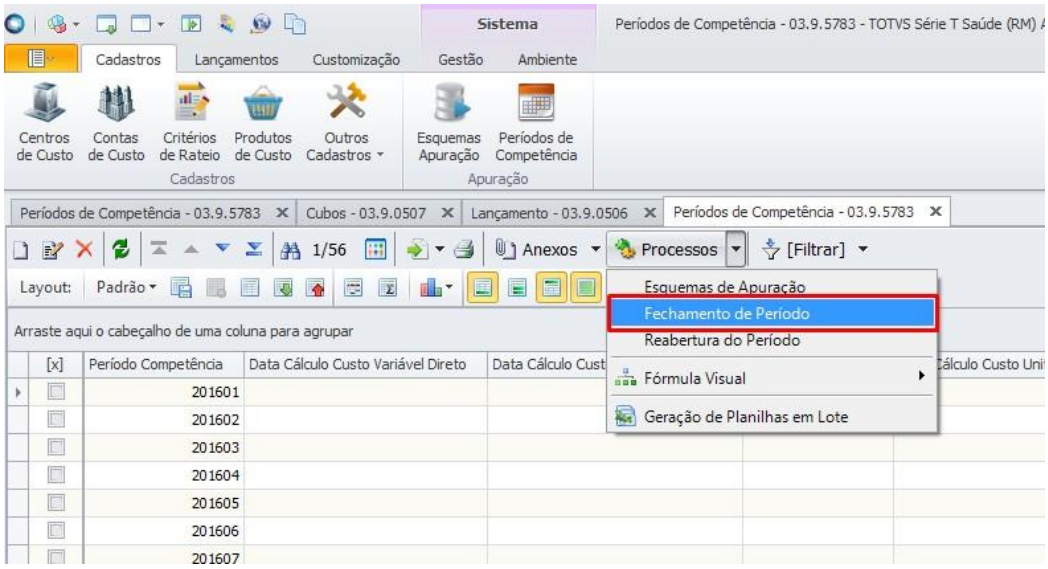
10.2 Em seguida dê um duplo clique no relatório Composição e evolução de custos.



O cubo acima permite verificar se os valores estão corretos, os valores alocados em cada centro de custo e identificar as variações dos custos em relação as competências anteriores.

11º Passo:

Após realizar todas as alterações necessárias, junto com o setor da contabilidade, o Assistente de Custos deverá fechar o período.



12º Passo:

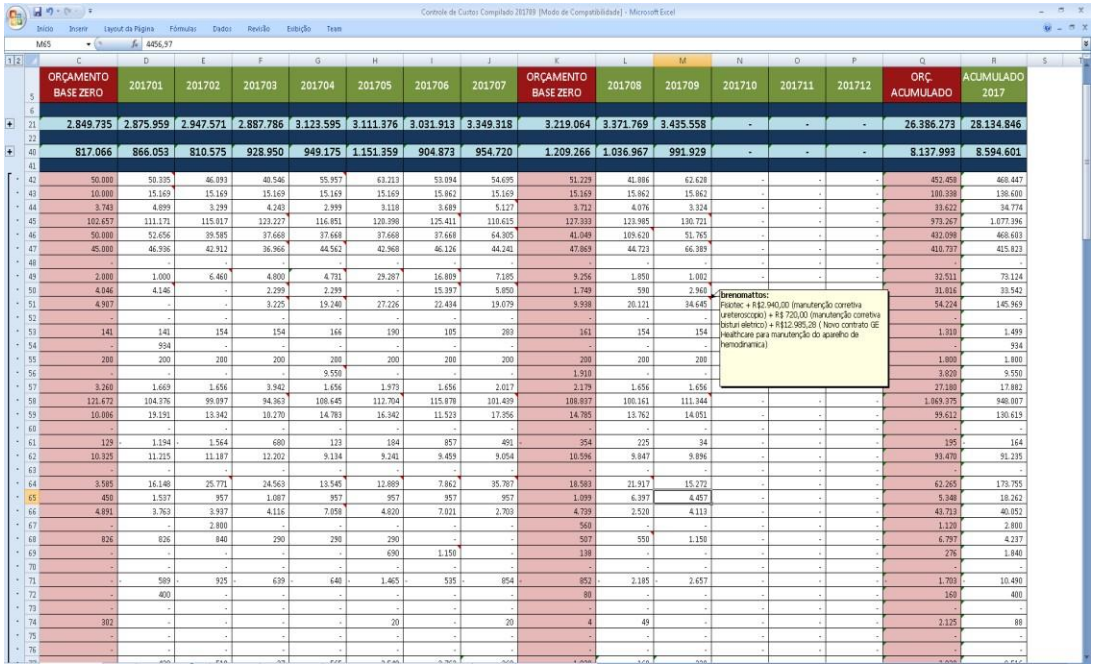
O setor de custos recebe os relatórios de consumo já analisados do setor de suprimentos, mas cabe ao assistente de custos validar as informações.

13º Passo:

Após toda a validação os custos referentes aos Centros de Custos do CSC (Financeiro,Controladoria,Suprimentos,Qualidade,RH,DP,CSTI,Diretoria Executiva Regional) deverão ser transferidos para a filial 9 visando a cobrança do rateio dos custos administrativos das demais contratantes.

14º Passo:

Após finalizada a análise de custos da unidade o colaborador deverá transcrever os dados para a planilha de controle de custos (OPERACIONAL/FINANCEIRO/Custos/Base Zero) e incluir como comentário as justificativas observadas no momento do fechamento, que servirão de subsidio para a análise critica do indicador.



	ORÇAMENTO BASE ZERO	201701	201702	201703	201704	201705	201706	201707	ORÇAMENTO BASE ZERO	201708	201709	201710	201711	201712	ORÇ. ACUMULADO	ACUMULADO 2017
5																
6																
21	2.849.735	2.875.959	2.947.571	2.887.786	3.123.595	3.111.376	3.031.913	3.349.318	3.219.064	3.371.769	3.435.558	-	-	-	26.386.273	28.134.846
22																
40	817.066	866.053	810.575	928.950	949.175	1.151.359	904.873	954.720	1.209.266	1.036.967	991.929	-	-	-	8.137.993	8.594.601
41																
42	50.000	50.335	46.093	40.546	55.957	63.213	53.094	54.695	51.229	41.886	62.628	-	-	-	452.458	468.447
43	10.000	15.169	15.169	15.169	15.169	15.169	15.862	15.169	15.169	15.862	15.862	-	-	-	100.338	138.600
44	3.743	4.899	3.299	4.243	2.999	3.118	3.689	5.127	3.712	4.076	3.324	-	-	-	33.622	34.774
45	102.657	111.171	115.017	123.227	116.851	120.398	125.411	110.615	127.333	123.985	130.721	-	-	-	973.267	1.077.396
46	50.000	52.656	39.585	37.668	37.668	37.668	37.668	64.305	41.049	109.620	51.765	-	-	-	432.098	468.603
47	45.000	46.936	42.912	36.966	44.562	42.968	46.126	44.241	47.869	44.723	66.389	-	-	-	410.737	415.823
48	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
49	2.000	1.000	6.460	4.800	4.731	29.287	16.809	7.185	9.256	1.850	1.002	-	-	-	32.511	73.124
50	4.046	4.146	-	2.299	2.299	-	15.397	5.050	1.749	590	2.968	-	-	-	31.816	33.542
51	4.907	-	-	3.225	19.240	27.226	22.434	19.079	9.938	20.121	34.645	-	-	-	54.224	145.969
52	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
53	141	141	154	154	166	190	105	269	161	154	154	-	-	-	1.310	1.499
54	-	934	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	934
55	200	200	200	200	200	200	200	200	200	200	200	-	-	-	1.800	1.800
56	-	-	-	-	9.550	-	-	-	1.910	-	-	-	-	-	3.820	9.550
57	3.260	1.669	1.656	3.942	1.656	1.973	1.656	2.017	2.179	1.656	1.656	-	-	-	27.180	17.882
58	121.672	104.376	99.097	94.363	108.645	112.704	115.078	101.439	108.837	100.161	111.344	-	-	-	1.069.375	948.007
59	10.006	19.191	13.342	10.270	14.783	16.342	11.523	17.356	14.785	13.762	14.051	-	-	-	99.612	130.619
60	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
61	129	1.194	1.564	680	123	184	857	491	354	225	34	-	-	-	195	164
62	10.325	11.215	11.187	12.202	9.134	9.241	9.459	9.054	10.596	9.847	9.896	-	-	-	93.470	91.235
63	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
64	3.585	16.148	25.771	24.563	13.545	12.889	7.862	35.787	18.583	21.917	15.272	-	-	-	62.265	179.755
65	450	1.537	957	1.087	957	957	957	957	1.099	6.397	4.457	-	-	-	5.348	18.262
66	4.891	3.763	3.937	4.116	7.058	4.820	7.021	2.703	4.739	2.520	4.113	-	-	-	43.713	40.052
67	-	-	2.800	-	-	-	-	-	560	-	-	-	-	-	1.120	2.800
68	826	826	840	290	290	290	-	-	507	550	1.150	-	-	-	6.797	4.237
69	-	-	-	-	-	690	1.150	-	138	-	-	-	-	-	276	1.840
70	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
71	-	589	925	639	640	1.465	535	854	852	2.185	2.657	-	-	-	1.703	10.490
72	-	400	-	-	-	-	-	-	80	-	-	-	-	-	160	400
73	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
74	302	-	-	-	-	20	-	20	4	49	-	-	-	-	2.125	88
75	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
76	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

brenomattos:
Fisiotec + R$2.940,00 (manutenção corretiva uroterocopio) + R$ 720,00 (manutenção corretiva bisturi eletrico) + R$12.985,28 (Novo contrato GE Healthcare para manutenção do aparelho de hemodinamica)

II. Siglas e Definições

OSSHMTJ – Organização Social de Saúde Hospital Maternidade Therezinha de Jesus

III. Anexos

N/A

IV. Referências

N/A

HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS - OSS (JUIZ DE FORA - MG)

MANUAL DA CRIAÇÃO DA CSC - CENTRAL DE SERVIÇOS COMPARTILHADOS

ÍNDICE

I. INTRODUÇÃO 3

II. CENTRAL DE SERVIÇOS COMPARTILHADOS – CONCEITUAÇÃO 4

III. ESTRUTURA ORGANIZACIONAL ATUAL 9

IV. ESTRUTURA ORGANIZACIONAL PROPOSTA COM CSC 10

V. MODELAGEM ADOTADADE CENTROS DE CUSTOS DE GASTOS E CONTAS DE CUSTOS E GASTOS 12

VI. CRITÉRIO DE RATEIO 17

VII. MODELOS DE RELATÓRIOS 18

I. INTRODUÇÃO

Este relatório tem por objetivo apresentar o conceito de CSC - Central de Serviços Compartilhados, e sua aplicação na OSS - Organização Social de Saúde HMTJ - Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus.

A implantação do conceito de CSC no HMTJ tem, pelo menos, dois objetivos principais, a saber:

- Aprimorar seu modelo de gestão, através da aplicação de um conceito já largamente utilizado nos países desenvolvidos, assim como no Brasil, em vários segmentos de atividade econômica, e agora com algumas experiências no setor da prestação de serviços assistenciais em saúde, nas organizações que, como o HMTJ, operam com várias unidades produtivas situadas em locais geograficamente distintos e, eventualmente, distantes, e que precisam dirigir os esforços em cada unidade para sua atividade principal, mas ao mesmo tempo necessitam que as práticas administrativas, em cada unidade produtiva, sejam padronizadas, eficientes, com gestão própria, e que este modelo proporcione um custo global menor para a organização, mas ao mesmo tempo uma gestão eficiente e eficaz;

- Sanar um problema comum, enfrentado pelas secretarias de saúde que adotam o modelo da OSS na prestação de serviços de saúde à população, que é como atribuir, ao custo de cada contrato de unidade gerida no modelo de OSS, os gastos da administração central da OSS, isto é como ratear para cada contrato os gastos gerais e da administração central da OSS. O modelo ora proposto, tem também o objetivo de contribuir como uma metodologia justa e adequada de atribuição desses gastos gerais de governança da OSS, a cada uma de suas unidades, através do conceito de CSC - Central de Serviços Compartilhados, e de uma demonstração clara e transparentes de gastos da administração central e de como esses gastos são atribuídos às várias unidades geridas pela OSS - Organização Social de Saúde.

II. CENTRAL DE SERVIÇOS COMPARTILHADOS – CONCEITUAÇÃO

O conceito da CSC - Central de Serviços Compartilhados, tem sido adotado por organizações que atuam com várias unidades de negócio, com o objetivo de obter ganhos de escala naquelas atividades comuns a todas as unidades de negócio - normalmente, atividades administrativas e de apoio. Outra vantagem da adoção do conceito de CSC, é que o gestor de cada unidade tem seu foco de atuação concentrado no núcleo da sua atividade assistencial, reduzindo o seu envolvimento em atividades administrativas e de apoio, que são geridas pela CSC. Além disto, a implantação do conceito de CSC possibilita a uniformização das práticas administrativas e de apoio para todas as unidades assistencial, facilitando as transferências de gestores e colaboradores inter-unidades, pois as práticas são as mesmas em todas elas.

Por outro lado, para a adequada implantação deste conceito, é necessário um elevado nível de maturidade dos gestores da organização, pois passa-se a trabalhar com o conceito de matriz de responsabilidades entre o gestor de cada unidade e o gestor do CSC.

O conceito de Unidade de Atividade Assistencial

Com a expansão de suas atividades, quer regionais ou geográficas, quer na ampliação de suas linhas de produtos, serviços ou atividades, as organizações vão ampliando suas estruturas organizacionais, criando unidades para atender sua expansão geográfica e/ou dos serviços e produtos oferecidos.

Com o objetivo de disciplinar e organizar este modelo com várias unidades, foi desenvolvido o conceito de administração por unidade. Este conceito, em seu sentido mais amplo, trata a unidade como uma entidade específica, delegando ao gerente ou diretor das unidades, responsabilidades como uma atividade assistencial específica, autoridade e poder de decisão. Logo o modelo de gerenciamento por unidade, está associado diretamente à descentralização e delegação de responsabilidade. Por outro lado, a delegação de descentralização requer um alto

grau de normatização, sem o que a transferência de responsabilidade pode correr sérios riscos. Descentralizar sem normas e procedimentos muito bem definidos pode representar alto risco. As organizações mais bem-sucedidas possuem normas e procedimentos bem definidos que delimitam as responsabilidades delegadas aos seus gestores. Na realidade não existe um sistema totalmente descentralizados, o que existe e a descentralização relativa sempre de acordo com normas preestabelecidas.

Neste trabalho, estamos definindo uma unidade de atividade assistencial como sendo uma unidade organizacional relativamente independente, cujo gestor é responsável pelo seu desempenho e eficácia de resultados.

A administração dos serviços por intermédio de unidades de atividades assistencial, requer alto nível profissional, além de ser requisito indispensável, um bom conjunto de normas de procedimentos, visto que a padronização e normatização são pré-requisitos para a segmentação e qualificação dos serviços prestados.

Entre várias vantagens da segmentação por unidades de atividade assistencial, podemos citar a principal delas que é a aferição de desempenho por especialidade das unidades e suas eficácias.

Quanto às desvantagens da segmentação por unidade de atividade assistencial, podemos citar: complexidade, dificuldade de implementação, custo, falta de sistemas de apoio, rateio dos custos comuns e de investimentos na sistematização e mecanização dos processos.

A apuração de resultados no modelo de Unidades de Atividade Assistencial

Unidade de Atividade Assistencial significa segmentar a organização em duas ou mais partes, tratando-as como se fosse unidades diferentes. O conceito de unidade de atividade assistencial normalmente aparece associado aos centros de resultados.

Ao abordar os sistemas de controle gerencial em empresas descentralizadas, Johnson e Kaplan (1991, p. 4) asseveram que “o sistema de contabilidade gerencial é o meio por qual a alta administração comunica as metas e objetivos da organização aos subordinados e gerentes de unidades de negócio” [e, por outro

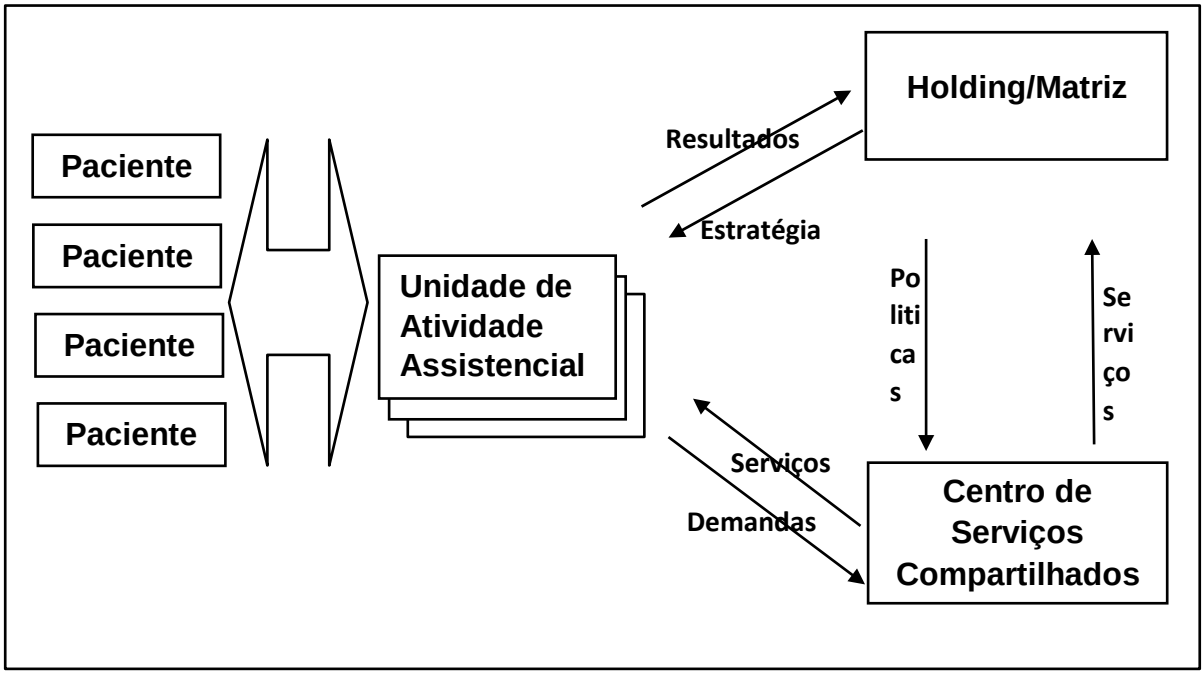
lado,] “é o canal pelo qual a informação sobre o desempenho e a eficiência na fábrica de produtos é reportada aos níveis gerenciais superiores”.

Numa empresa descentralizada, portanto, os sistemas de controle têm dois papéis básicos: fornecer alta administração informações sobre as unidades de negócio, no que diz respeito a rentabilidade e desempenho de suas operações, e influenciar o comportamento dos gerentes locais, de forma que suas decisões e ações sejam consistentes com os objetivos globais da organização.

No tocante ao sistema de informações, a alta administração precisa definir quais serão as medidas de desempenho dos gerentes e das unidades pelas quais são responsáveis. Vancil (1973) sugere que esse conjunto de medidas deve satisfazer a duas condições básicas: ser percebido como justo pelo gerente que vem sendo avaliado, e ser capaz de motivar o gerente da unidade de negócio, ao agir em benefício próprio ou de sua divisão, contribuindo, ao mesmo tempo, à consecução dos objetivos globais da organização.

O conceito da Central de Serviços Compartilhados

Serviços Compartilhados, (oriundo da expressão originária da língua inglesa Shared Services) é a prática em que unidades de negócios de empresas e organizações decidem compartilhar um conjunto de serviços ao invés de tê-los como uma série de funções de apoio duplicadas dentro da organização (QUINN; COOKE; KRIS, 2000, p.11).



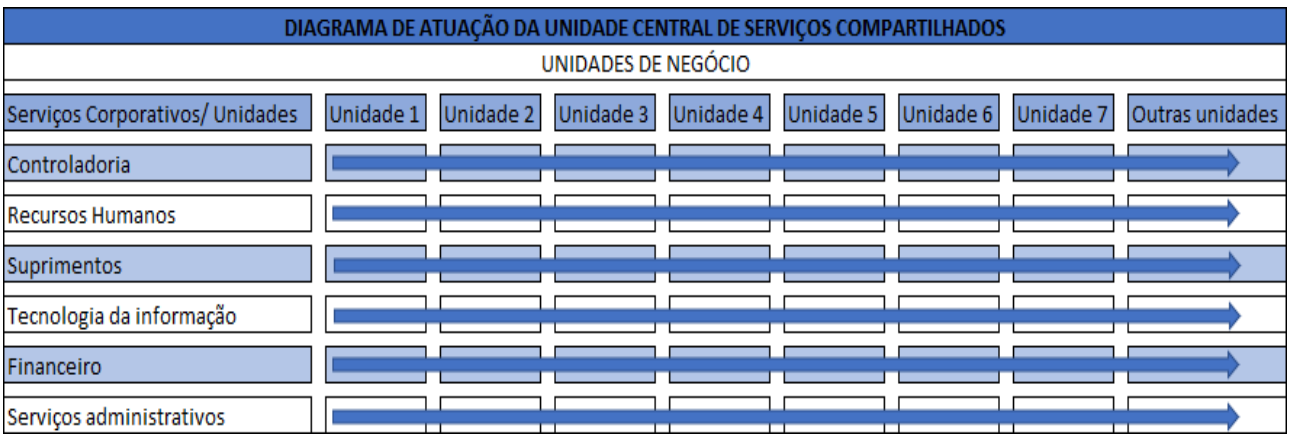
Tripé do modelo organizacional após a implantação da CSC, adaptado as Organizações Sociais de Saúde.
Fonte original: Thompson Consulting (2007)
Adaptação: HMTJ

É comum encontrarmos nas organizações que criam unidades de atividade assistencial, diversas funções de natureza administrativos e de suporte, replicadas em cada uma dessas unidades, gerando custos e diversidades de práticas administrativas, pois cada gestor de unidade acaba “assumindo” a gestão desses serviços administrativos, e ajustando-os ao seu modo de administrar a unidade, perdendo a organização, a uniformização de práticas administrativas.

A CSC atua como uma unidade organizacional cujo objetivo é prover serviços de apoio - técnico, administrativos, financeiros, de suporte, para todas as unidades operacionais da organização, centralizando sob um único comando a realização dessas atividades, desonerando o custo individual de cada unidade de atividade assistencial, e unificando as práticas administrativas em todas essas unidades.

Desta forma, o gestor responsável pela unidade de atividade assistencial deve focar sua gestão na assistência, delegando ao gestor da CSC o provimento dos serviços de apoio, necessários para suas atividades.

O diagrama abaixo ilustra um modelo de unidades de atividade assistencial com a CSC, que provê diversos serviços de suporte - de natureza administrativas e financeira. às diferentes unidades de negócio, uniformizando as práticas administrativas pela qualidade desses serviços.



Modelo de CSC

CSC único: Um único centro de serviços que concentra todas os serviços de apoio às unidades de atividade assistencial da organização social de saúde;

CSC Regional: um centro de serviços para cada região geográfica ocupada por unidade (S) da organização, que concentra todos os serviços de apoio às unidades daquela região.

A implantação da CSC na organização social de saúde

Um modelo de CSC requer um elevado nível de maturidade da organização e de seus gestores, tanto nas unidades de atividade assistencial quanto da CSC, pois haverá uma constante negociação e discussão entre eles, quanto aos serviços prestados pela CSC e as responsabilidades envolvidas.

A implantação da CSC requer um adequado planejamento, forte estratégia de comunicação patrocinada pela alta administração da organização. Uma definição clara das responsabilidades dos gestores das unidades, assim como do gestor da CSC é fator crítico de sucesso, da mesma forma que a manualização das práticas administrativas, que devem ser uniformes em todas as unidades.

Devem ser desenvolvidos indicadores para medir o resultado dos serviços prestados pela CSC, de modo que seu gestor possa ser monitorado e medida sua performance.

Recursos de informática

Os modernos recursos de informática, tais como ERP (sistema informatizado de gestão), workflows, dentre outros, são ferramentas importantes para o sucesso da implantação do conceito de CSC, pois apoiam a uniformização das práticas administrativas e permitem seu controle, tanto pelo gestor de cada unidade, quanto pelo responsável pela CSC.

III. ESTRUTURA ORGANIZACIONAL ATUAL

A estrutura organizacional atual leva em conta a disponibilização de serviços administrativos em cada uma das várias unidades, desta forma se verifica, em cada uma delas, custos com serviços de contabilidade, jurídicos, gestão financeira e outros, conforme demonstrado no quadro a seguir:

UNIDADES DE NEGÓCIO				
Unidade 1	Unidade 2	Unidade 3	Unidade 4	Unidade 5
Serviços Tecnicos em Contabilidade	Serviços Tecnicos em Contabilidade	Serviços Tecnicos em Contabilidade	Serviços Tecnicos em Contabilidade	Serviços Tecnicos em Contabilidade
Serviços Especializados em Gestão Financeira	Serviços Especializados em Gestão Financeira	Serviços Especializados em Gestão Financeira	Serviços Especializados em Gestão Financeira	Serviços Especializados em Gestão Financeira
Consultoria em Assuntos Advocatícios	Consultoria em Assuntos Advocatícios	Consultoria em Assuntos Advocatícios	Consultoria em Assuntos Advocatícios	Consultoria em Assuntos Advocatícios
Outsourcing de Suporte Técnico em T.I.	Outsourcing de Suporte Técnico em T.I.	Outsourcing de Suporte Técnico em T.I.	Outsourcing de Suporte Técnico em T.I.	Outsourcing de Suporte Técnico em T.I.
Serviços de Logística	Serviços de Logística	Serviços de Logística	Serviços de Logística	Serviços de Logística

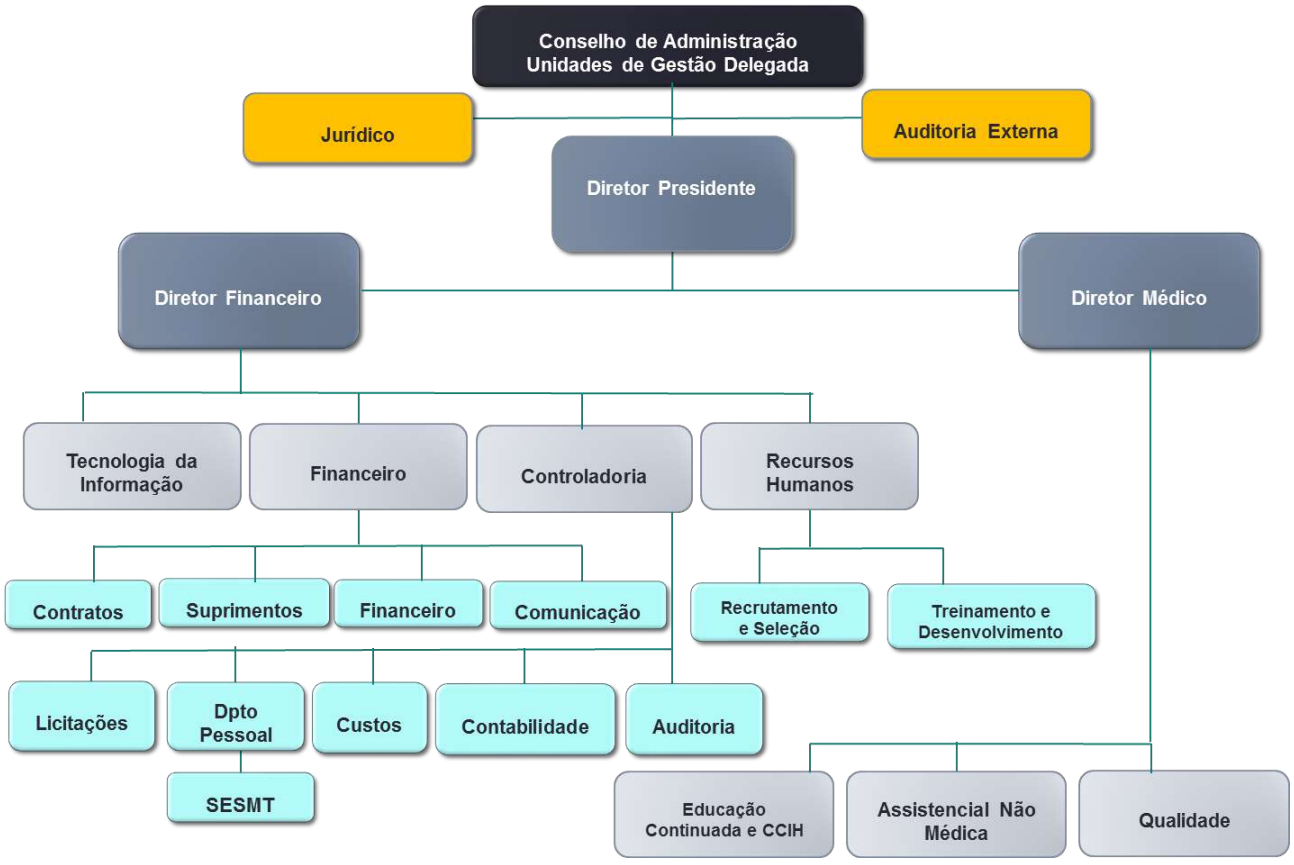
Inicialmente esse modelo se justificaria, no entanto com a entrada de novas unidades geridas por uma mesma organização e estrutura o conceito de CSC, como descrito anteriormente, se aplica integralmente resultando em desoneração de custos em cada unidade de negócio, e unificando as práticas administrativas garantindo assim o foco do gestor da unidade na assistência delegando ao gestor da CSC o provimento dos serviços de apoio.

Desta forma o HMTJ passa a adotar em sua estrutura o conceito de CSC Central de Serviços Compartilhados conforme descrito a seguir.

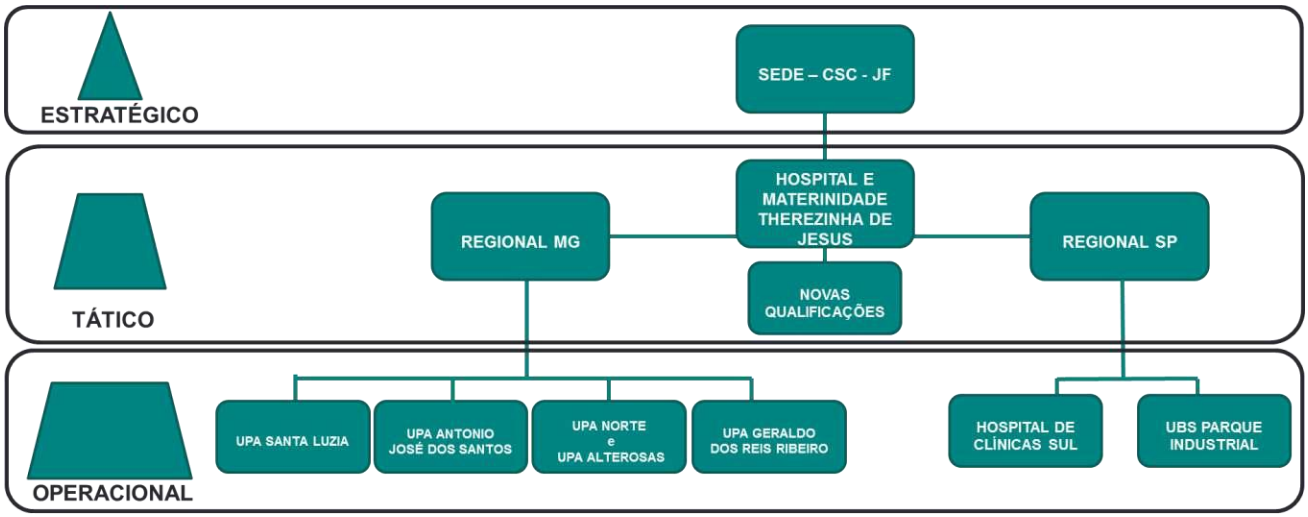
IV. ESTRUTURA ORGANIZACIONAL PROPOSTA COM CSC

Para melhor entendimento a segregação dos custos o CSC do HMTJ foi elaborado coma montagem de duas sedes regionais identificadas como, Administração Central Regional São Paulo, Hospital Maternidade Therezinha de Jesus e Administração Central Regional Minas Gerais, desta forma os custos diretos e indiretos de cada regional e respectivamente os rateios ou compartilhamento a cada unidade de atividade assistencial serão facilmente identificados, gerando um grau adequado de transparência e rastreabilidade.

Demonstramos a seguir uma representação gráfica do novo modelo:



O modelo proposto está, também, fundamentado nos níveis organizacionais da entidade:



Cabe destacar que o critério de rateio adotado foi número de colaboradores de cada uma das unidades.

V. MODELAGEM ADOTADA DE CENTROS DE CUSTOS DE GASTOS E CONTAS DE CUSTOS E GASTOS

CDCENTROCUSTO	NOCENTROCUSTO	NOCRITERIORATEIO
01	Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus - Matriz	Matriz
01.01.002.001	Diretoria Executiva Regional	Linear
01.01.002.002	Gerência Financeira	Linear
01.01.002.003	Gerência Controladoria	Linear
01.01.002.004	Gerência de Manutenção e Obras	Linear
01.01.002.005	Gerência de Suprimentos	Linear
01.01.002.006	GCSTI - Gerência Central de Sistema de Tecnologia de Informação	Linear
01.01.002.007	Gerência de Recursos Humanos	Linear
01.01.002.008	Gerência de Departamento Pessoal	Linear
01.01.002.009	Gerência de Estudos de Pesquisas Cientificas	Linear
01.01.002.010	Gerência de Qualidade	Linear
01.01.002.011	Gerência Médica	Linear
01.01.002.012	Gerência Assistencial Não Médica	Linear
01.01.002.013	Administração Central Regional - MG	MG
01.01.002.014	Administração Central Regional - RJ	RJ
01.01.002.015	Administração Central Regional - SP	SP
01.02.001.001	Diretoria Executiva Regional - MG	Central MG
01.02.001.002	Gerência Financeira - MG	Central MG
01.02.001.003	Gerência Controladoria - MG	Central MG
01.02.001.004	Gerência de Manutenção - MG	Central MG
01.02.001.005	Gerência de Suprimentos - MG	Central MG
01.02.001.006	GCSTI - Gerência de Central de Sistema de Tecnologia de Info	Central MG
01.02.001.007	Gerência de Recursos Humanos - MG	Central MG
01.02.001.008	Gerência de Departamento Pessoal - MG	Central MG
01.02.001.009	Gerência da Qualidade - MG	Central MG
01.02.001.010	Gerência Assistencial Não Médica - MG	Central MG
01.02.002.003.0016	Gerência de Estudos de Pesquisas Cientificas - MG	Central MG
01.03.001.001	Diretoria Executiva Regional - RJ	Central RJ
01.03.001.002	Gerência Financeira - RJ	Central RJ
01.03.001.003	Gerência Controladoria - RJ	Central RJ
01.03.001.004	Gerência de Manutenção - RJ	Central RJ
01.03.001.005	Gerência de Suprimentos - RJ	Central RJ
01.03.001.006	GCSTI - Gerência de Central de Sistema de Tecnologia de Informação	Central RJ
01.03.001.007	Gerência de Recursos Humanos - RJ	Central RJ
01.03.001.008	Gerência de Departamento Pessoal - RJ	Central RJ
01.03.001.009	Gerência da Qualidade - RJ	Central RJ
01.03.001.010	Gerência Assistencial Não Médica - RJ	Central RJ
01.04.001.001	Diretoria Executiva Regional - SP	Central SP
01.04.001.002	Gerência Financeira - SP	Central SP
01.04.001.003	Gerência de Controladoria - SP	Central SP
01.04.001.004	Gerência de Manutenção e Obras	Central SP
01.04.001.005	Gerência de Suprimentos - SP	Central SP
01.04.001.006	GSTI - Gerência de Central de Sistemas de Tec. Informação SP	Central SP
01.04.001.007	Gerência de Recursos Humanos - SP	Central SP
01.04.001.008	Gerência de Departamento Pessoal - SP	Central SP
01.04.001.009	Gerência de Qualidade - SP	Central SP

CDCONTACUSTO	NOCONTACUSTO	APLICAÇÃO
1	SALÁRIO CONTRATUAL	Direta
10	BENEFÍCIOS MÉDICOS	Direta
11	RATEIOS RECEBIDOS	Direta
2	FÉRIAS, 13º SALÁRIO, ENCARGOS E CONTRIBUIÇÕES	Direta
3	VERBAS RESCISÓRIAS	Direta
3.2.1.1.01.0001	SALÁRIO CONTRATUAL	Direta
3.2.1.1.01.0002	ADICIONAL DE INSALUBRIDADE	Direta
3.2.1.1.01.0003	ADICIONAL NOTURNO	Direta
3.2.1.1.01.0004	HORAS EXTRAS	Direta
3.2.1.1.01.0005	ADICIONAL DE PERICULOSIDADE	Direta
3.2.1.1.01.0006	ADICIONAL DE JORNADA	Direta
3.2.1.1.01.0007	PRÊMIO ASSIDUIDADE	Direta
3.2.1.1.01.0008	13º SALÁRIO PROVISIONADO	Direta
3.2.1.1.01.0009	FÉRIAS PROVISIONADAS	Direta
3.2.1.1.01.0010	GRATIFICAÇÕES E VANTAGENS PESSOAIS	Direta
3.2.1.1.01.0011	DSR E FERIADO TRABALHADO	Direta
3.2.1.1.01.0012	AFASTAMENTO POR DOENÇA	Direta
3.2.1.1.01.0013	ABONO PECUNIÁRIO DE FÉRIAS	Direta
3.2.1.1.01.0014	AVISO PRÉVIO E INDENIZAÇÕES	Direta
3.2.1.1.01.0015	FÉRIAS INDENIZADAS	Direta
3.2.1.1.01.0016	FGTS NA RESCISÃO	Direta
3.2.1.1.01.0017	FGTS INDENIZADO	Direta
3.2.1.1.01.0018	ASSISTÊNCIA MÉDICA E SOCIAL	Direta
3.2.1.1.01.0019	VALE-TRANSPORTE	Direta
3.2.1.1.01.0020	PAT - PROG. ALIMENTAÇÃO DO TRABALHADOR	Direta
3.2.1.1.01.0021	FORMAÇÃO TÉCNICO PROFISSIONAL	Direta
3.2.1.1.01.0022	ROUPAS PROFISSIONAIS E EPI	Direta
3.2.1.1.01.0023	OUTROS BENEFÍCIOS A EMPREGADOS	Direta
3.2.1.1.01.0024	AJUDA DE CUSTO	Direta
3.2.1.1.01.0025	13º SALÁRIO INDENIZADO	Direta
3.2.1.1.01.0026	SINDICAL PATRONAL	Indireta
3.2.1.1.02.0001	MÉDICOS - PESSOA FÍSICA	Direta
3.2.1.1.02.0002	MÉDICOS - PESSOA JURÍDICA	Direta
3.2.1.1.02.0003	COOPERATIVAS DE TRABALHO MÉDICOS	Direta
3.2.1.1.02.0004	MULTIPROFISSIONAIS - PF	Direta
3.2.1.1.02.0005	MULTIPROFISSIONAIS - PJ	Direta
3.2.1.1.03.0001	FGTS	Direta
3.2.1.1.03.0002	PIS	Direta
3.2.1.1.04.0001	ISENÇÃO DE QUOTA PATRONAL	Indireta
3.2.1.1.04.0002	ISENÇÃO DO RAT	Indireta
3.2.1.1.04.0003	ISENÇÃO DE CONTR. OUTRAS ENTIDADES	Indireta
3.2.1.1.04.0004	ISENÇÃO DE CONTRIB. PREVIDENCIÁRIA	Indireta
3.2.1.1.05.0001	DROGAS E MEDICAMENTOS	Direta
3.2.1.1.05.0002	MATERIAIS DE CONSUMO HOSPITALAR	Direta
3.2.1.1.05.0003	GASES MEDICINAIS	Direta
3.2.1.1.05.0004	SANGUE E PLASMA	Direta
3.2.1.1.05.0005	DIETAS ENTERAIS E PARENTERAIS	Direta
3.2.1.1.05.0006	ÓRTESE, PRÓTESE E MATERIAIS ESPECIAIS	Direta
3.2.1.1.05.0007	MANIPULAÇÃO	Direta
3.2.1.1.06.0001	GÊNEROS ALIMENTÍCIOS	Direta
3.2.1.1.06.0002	MATERIAL DE LIMPEZA	Direta
3.2.1.1.06.0003	MATERIAL DE EXPEDIENTE	Direta
3.2.1.1.06.0004	MATERIAL DE MANUTENÇÃO	Direta
3.2.1.1.06.0005	GÁS DE COZINHA	Direta
3.2.1.1.06.0006	ROUPAS PROFISSIONAIS E EPI	Direta
3.2.1.1.06.0007	MATERIAL DE COPA E COZINHA	Direta
3.2.1.1.06.0008	MATERIAL DE LAVANDERIA	Direta
3.2.1.1.06.0009	COMBUSTÍVEIS E LUBRIFICANTES	Direta
3.2.1.1.06.0010	FRETES E CARRETOS	Direta
3.2.1.1.06.0011	OUTROS MATERIAIS	Direta
3.2.1.1.07.0001	LABORATORIAIS	Direta
3.2.1.1.07.0002	NUTRIÇÃO ESPECIALIZADA	Direta
3.2.1.1.07.0003	TERAPIA RENAL SUBSTITUTIVA	Direta
3.2.1.1.07.0004	HEMOTERAPIA	Direta
3.2.1.1.07.0005	RADIOLOGIA	Direta
3.2.1.1.07.0006	ENDOSCOPIA E COLONOSCOPIA	Direta
3.2.1.1.07.0007	MEDICINA NUCLEAR	Direta
3.2.1.1.07.0008	ULTRASSOM	Direta
3.2.1.1.07.0009	MÉTODOS GRÁFICOS	Direta
3.2.1.1.07.0010	ECOCARDIOGRAMA	Direta

3.2.1.1.07.0011	EXAME CPRE	Direta
3.2.1.1.07.0012	LACTÁRIO	Direta
3.2.1.1.07.0013	MAMOGRAFIA	Direta
3.2.1.1.07.0014	PESQUISAS E DESENVOLVIMENTOS	Direta
3.2.1.1.08.0001	MANUTENÇÃO PREDIAL	Direta
3.2.1.1.08.0002	MANUTENÇÃO DE MÁQUINAS E EQUIPAMENTOS	Direta
3.2.1.1.08.0003	ENGENHARIA CLÍNICA	Direta
3.2.1.1.08.0004	MANUTENÇÃO DE EQUIPAMENTOS DE INFORMÁTIC	Direta
3.2.1.1.08.0005	SEGURANÇA E VIGILÂNCIA	Direta
3.2.1.1.08.0006	MANUTENÇÃO DE VEÍCULOS	Direta
3.2.1.1.08.0007	ANÁLISES QUÍMICAS	Direta
3.2.1.1.09.0001	CONTROLE DE PRAGAS	Direta
3.2.1.1.09.0002	COLETA HOSPITALAR SELETIVA	Direta
3.2.1.1.09.0003	LIMPEZA E HIGIENIZAÇÃO	Direta
3.2.1.1.09.0004	COLETA DE RESÍDUOS HOSPITALARES	Direta
3.2.1.1.09.0005	LAVANDERIA	Direta
3.2.1.1.09.0006	ESTERILIZAÇÃO	Direta
3.2.1.1.10.0001	SUPORTE EM TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO	Direta
3.2.1.1.10.0002	MEDICINA DO TRABALHO	Direta
3.2.1.1.10.0003	FORNECIMENTO DE ALIMENTAÇÃO	Direta
3.2.1.1.10.0004	CENTRAL DE DISTRIBUIÇÃO	Direta
3.2.1.1.10.0005	HONORÁRIOS PROFISSIONAIS - PF	Direta
3.2.1.1.10.0006	HONORÁRIOS PROFISSIONAIS - PJ	Direta
3.2.1.1.10.0007	ASSESSORIA EM CUSTOS	Direta
3.2.1.1.10.0008	ASSESSORIA EM PROGRAMAS DE QUALIDADE	Direta
3.2.1.1.10.0009	ASSESSORIA EM CONTROLES PATRIMONIAIS	Direta
3.2.1.1.10.0010	DOCUMENTAÇÃO E LEGALIZAÇÃO	Direta
3.2.1.1.10.0011	ASSESSORIA EM GESTÃO DE PESSOAS	Direta
3.2.1.1.10.0012	SERVIÇO DE AUDITORIA INDEPENDENTE	Direta
3.2.1.1.10.0013	ASSESSORIA ADMINISTRATIVA	Direta
3.2.1.1.10.0014	CONSULTORIA EM PROGRAMAS DO SUS	Direta
3.2.1.1.10.0015	DIREÇÃO MÉDICA	Direta
3.2.1.1.11.0001	ALUGUÉIS E CONDOMÍNIOS	Direta
3.2.1.1.11.0002	LOCAÇÃO DE EQUIPAMENTOS	Direta
3.2.1.1.11.0003	LOCAÇÃO DE EQUIPAMENTOS DE INFORMÁTICA	Direta
3.2.1.1.11.0004	LOCAÇÃO DE AMBULÂNCIAS	Direta
3.2.1.1.11.0005	LOCAÇÃO DE CILINDROS DE GASES MEDICINAIS	Direta
3.2.1.1.11.0006	LOCAÇÃO DE VEÍCULOS	Direta
3.2.1.1.11.0007	BOLSISTAS E ESTAGIÁRIOS	Direta
3.2.1.1.11.0008	ENERGIA ELÉTRICA	Indireta
3.2.1.1.11.0009	ÁGUA E ESGOTO	Indireta
3.2.1.1.11.0010	CESSÃO DE USO DE SOFTWARE	Direta
3.2.1.1.11.0011	GRÁFICA	Direta
3.2.1.1.11.0012	LOCAÇÃO DE BENS MÓVEIS	Direta
3.2.1.1.12.0001	DEPRECIAÇÕES E AMORTIZAÇÕES	Direta
3.2.2.1.01.0008	GRATIFICAÇÕES E VANTAGENS PESSOAIS-EXCLU	Indireta
3.2.2.1.01.0017	PAT - PROG. ALIMENT.DO TRABALHADOR-EXCLU	Indireta
3.2.2.1.01.0027	SERV. PREST. PESSOA FÍSICA NÃO MÉD-EXCLU	Indireta
3.2.2.1.05.0013	DESPESAS COM HOSPED. E ALIMENTAÇÃO-EXCLU	Indireta
3.2.2.1.05.0034	SERV MANUTENÇÃO DE EQUIP E MÓVEIS-EXCLUI	Indireta
3.2.2.1.05.0038	SERVIÇOS MANUTENÇÃO EQUIP INFORM.-EXCLUI	Indireta
3.2.2.1.07.0008	JUROS SOBRE EMPRÉSTIMOS E FINANC.-EXCLUI	Indireta
3.2.3.1.01.0001	PROV. P/ PERDAS E AJUSTES DE ATIVOS-EXCL	Indireta
3.3.1.1.01.0001	SALÁRIO CONTRATUAL	Direta
3.3.1.1.01.0002	ADICIONAL DE INSALUBRIDADE	Direta
3.3.1.1.01.0003	ADICIONAL NOTURNO	Direta
3.3.1.1.01.0004	HORAS EXTRAS	Direta
3.3.1.1.01.0005	PRÊMIO ASSIDUIDADE	Direta
3.3.1.1.01.0006	GRATIFICAÇÕES E VANTAGENS PESSOAIS	Direta
3.3.1.1.01.0007	ADICIONAL DE JORNADA	Direta
3.3.1.1.01.0008	ADICIONAL DE RESULTADO	Direta
3.3.1.1.01.0009	13º SALÁRIO PROVISIONADO	Direta
3.3.1.1.01.0010	FÉRIAS PROVISIONADAS	Direta
3.3.1.1.01.0011	ROUPAS PROFISSIONAIS	Direta
3.3.1.1.01.0012	DSR E FERIADO TRABALHADO	Direta
3.3.1.1.01.0013	AFASTAMENTO POR DOENÇA	Direta
3.3.1.1.01.0014	ABONO PECUNIÁRIO DE FÉRIAS	Direta
3.3.1.1.01.0015	AVISO PRÉVIO E INDENIZAÇÕES	Direta
3.3.1.1.01.0016	FÉRIAS INDENIZADAS	Direta
3.3.1.1.01.0017	FGTS NA RESCISÃO	Direta
3.3.1.1.01.0018	FGTS INDENIZADO	Direta
3.3.1.1.01.0019	VALE TRANSPORTE	Direta
3.3.1.1.01.0020	PAT - PROGR. ALIMETAÇÃO DO TRABALHADOR	Direta
3.3.1.1.01.0021	FORMAÇÃO TÉCNICO PROFISSIONAL	Direta
3.3.1.1.01.0022	ASSISTÊNCIA MÉDICA E SOCIAL	Direta
3.3.1.1.01.0023	OUTROS BENEFÍCIOS A EMPREGADOS	Direta
3.3.1.1.01.0024	AJUDA DE CUSTO	Direta
3.3.1.1.01.0025	13º SALÁRIO INDENIZADO	Direta
3.3.1.1.01.0026	ADICIONAL DE PERICULOSIDADE	Direta
3.3.1.1.02.0001	FGTS	Direta
3.3.1.1.02.0002	PIS	Direta
3.3.1.1.03.0001	ALUGUÉIS DE IMÓVEIS	Direta
3.3.1.1.03.0002	ALUGUÉIS DE MÁQUINAS E EQUIPAMENTOS	Direta
3.3.1.1.03.0003	ARRENDAMENTO DE IMÓVEIS	Direta
3.3.1.1.04.0001	ENERGIA ELÉTRICA	Direta
3.3.1.1.04.0002	ÁGUA E ESGOTO	Direta
3.3.1.1.04.0003	DOAÇÕES	Direta
3.3.1.1.04.0004	TELEFONE	Indireta
3.3.1.1.04.0005	DESPESAS POSTAIS	Direta
3.3.1.1.04.0006	SEGUROS	Indireta
3.3.1.1.04.0007	MATERIAL DE HIGIENE E LIMPEZA	Direta
3.3.1.1.04.0008	ASSISTÊNCIA CONTÁBIL	Direta
3.3.1.1.04.0009	ASSISTÊNCIA EM GESTÃO FINANCEIRA	Direta
3.3.1.1.04.0010	DEPRECIAÇÕES E AMORTIZAÇÕES	Direta

3.3.1.1.04.0011	REPRODUÇÕES	Indireta
3.3.1.1.04.0012	DESPESAS LEGAIS E JUDICIAIS	Indireta
3.3.1.1.04.0013	LIVROS, JORNAIS E REVISTAS	Indireta
3.3.1.1.04.0014	MULTA DE TRÂNSITO	Indireta
3.3.1.1.04.0015	CESSÃO DE USO DE SOFTWARE	Direta
3.3.1.1.04.0016	CONDUÇÃO URBANA	Direta
3.3.1.1.04.0017	BOLSA AUXÍLIO - CIEE/SUPREMA	Direta
3.3.1.1.04.0018	SERVIÇOS DE ACESSO A INTERNET	Indireta
3.3.1.1.04.0019	INDENIZAÇÕES POR ACORDO	Indireta
3.3.1.1.04.0020	PUBLICAÇÕES LEGAIS	Indireta
3.3.1.1.04.0021	DEPÓSITOS PARA RECURSOS	Direta
3.3.1.1.04.0022	ANUIDADES DE CONSELHOS	Direta
3.3.1.1.04.0023	LOCAÇÃO DE EQUIPAMENTOS DE ESCRITÓRIO	Direta
3.3.1.1.04.0024	SERVIÇOS PRESTADOS POR PESSOAS FÍSICAS	Direta
3.3.1.1.04.0025	ALUGUEL DE VEÍCULOS	Direta
3.3.1.1.04.0026	MATERIAL DE MANUTENÇÃO	Direta
3.3.1.1.04.0027	MATERIAL DE ROUPARIA E EPI	Direta
3.3.1.1.04.0028	MANUTENÇÃO DE EQUIPAMENTOS	Direta
3.3.1.1.04.0029	OUTRAS DESPESAS GERAIS	Direta
3.3.1.1.04.0030	HONORARIOS ADVOCATICIOS	Direta
3.3.1.1.04.0031	SERVIÇOS PRESTADOS POR EMPRESAS	Direta
3.3.1.1.04.0032	DESPESAS COM HOSPEDAGEM E ALIMENTAÇÃO	Direta
3.3.1.1.04.0033	GRÁFICA	Direta
3.3.1.1.04.0034	DIVULGAÇÃO INSTITUCIONAL	Direta
3.3.1.1.04.0035	ASSESSORIA ADMINISTRATIVA	Direta
3.3.1.1.04.0036	MÉDICOS - PESSOA JURÍDICA	Direta
3.3.1.1.04.0037	DROGAS E MEDICAMENTOS	Direta
3.3.1.1.04.0038	SUPORTE EM TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO	Direta
3.3.1.1.04.0039	MEDICINA DO TRABALHO	Direta
3.3.1.1.04.0040	CENTRAL DE DISTRIBUIÇÃO	Direta
3.3.1.1.04.0041	ASSESSORIA EM PROGRAMA DE QUALIDADE	Direta
3.3.1.1.04.0042	ASSESSORIA EM GESTÃO DE PESSOAS	Direta
3.3.1.1.04.0043	SERVIÇOS DE AUDITORIA INDEPENDENTE	Direta
3.3.1.1.04.0044	GENEROS ALIMENTÍCIOS	Direta
3.3.1.1.04.0045	MATERIAL DE EXPEDIENTE	Direta
3.3.1.1.04.0046	MATERIAL DE COPA E COZINHA	Direta
3.3.1.1.04.0047	FRETES E CARRETOS	Direta
3.3.1.1.04.0048	ASSESSORIA DE CUSTOS	Direta
3.3.1.1.04.0049	SERVIÇO DIREÇÃO FINANCEIRA	Direta
3.3.1.1.04.0050	SERVIÇO DIREÇÃO ADMINISTRATIVA	Direta
3.3.1.1.04.0051	SERVIÇO DIREÇÃO MEDICA	Direta
3.3.1.1.04.0052	SERVIÇO DIREÇÃO MEDICINA SEG DO TRABALHO	Direta
3.3.1.1.04.0053	COMBUSTIVEIS E LUBRIFICANTES	Direta
3.3.1.1.04.0054	COORDENAÇÃO MÉDICA	Direta
3.3.1.1.04.0055	SERVIÇO DE DIREÇÃO TÉCNICA E CLÍNICA	Direta
3.3.1.1.04.0056	TRABALHO VOLUNTÁRIO - DIRIGENTES	Direta
3.3.1.1.04.0057	SERVIÇO DE AUDITORIA INTERNA	Direta
3.3.1.1.04.0058	RECREAÇÃO EM EVENTOS	Indireta
3.3.1.1.04.0059	GERÊNCIA DE NUTRIÇÃO ESPECIALIZADA	Direta
3.3.1.1.04.0060	LIMPEZA E HIGIENIZAÇÃO	Direta
3.3.1.1.04.0061	DOCUMENTAÇÃO E LEGALIZAÇÃO	Direta
3.3.1.1.05.0001	MULTAS POR INFRAÇÕES LEGAIS	Indireta
3.3.1.1.05.0002	IMPOSTO DE RENDA NÃO RETIDO	Indireta
3.3.1.1.05.0003	TAXAS DIVERSAS	Indireta
3.3.1.1.05.0004	MULTAS DE MORA	Indireta
3.3.1.1.05.0005	CONTRIBUIÇÕES A ASSOCIAÇÕES	Direta
3.3.1.1.05.0006	IMPOSTO DE RENDA S/ APLICAÇÕES	Indireta
3.3.1.1.05.0007	IMP., TAXAS E CONT. - RENÚNCIA FISCAL	Indireta
3.3.1.1.05.0008	IPTU	Direta
3.3.2.1.01.0001	ALUGUÉIS E ARRENDAMENTOS	Indireta
3.3.2.1.01.0002	VENDAS DE SUCATAS	Indireta
3.3.2.1.01.0003	RECEITA COM SERVIÇOS DE ALIMENTAÇÃO	Indireta
3.3.2.1.01.0004	RECUPERAÇÃO DE DESPESAS	Direta
3.3.2.1.01.0005	RECEITA COM ESTACIONAMENTO	Indireta
3.3.2.1.01.0006	BONIFICAÇÕES DE PRODUTOS	Indireta
3.3.2.1.01.0007	INDENIZAÇÕES DIVERSAS	Indireta
3.3.2.1.01.0008	RECEITAS DIVERSAS	Indireta
3.3.2.1.01.0009	RECUPERAÇÃO DE DESPESAS COMPARTILHADAS	Direta
3.3.2.1.01.0010	RECEITAS COM PESQUISAS	Indireta
3.3.2.1.02.0001	CONVÊNIO SUPREMA PREDIO ODONTO	Indireta
3.3.2.1.02.0002	CONVÊNIO NUCLEMINAS	Indireta
3.3.2.1.02.0003	CONVÊNIO UNIPAC	Indireta
3.3.2.1.02.0004	CONTRIBUIÇÕES DE ASSOCIADOS	Indireta
3.3.2.1.02.0005	CONVÊNIO SUPREMA	Indireta
3.3.2.1.02.0006	CONVÊNIOS GOVERNAMENTAIS	Indireta
3.3.2.1.02.0007	OUTRAS CONTRIBUIÇÕES E DOAÇÕES	Indireta
3.3.2.1.02.0008	CONVÊNIO UFJF	Indireta
3.3.2.1.02.0009	DOAÇÕES GOVERNAMENTAIS	Indireta
3.3.2.1.02.0010	CONTRATO ANGOLA	Indireta
3.3.2.1.03.0001	RECUPERAÇÃO DE GASTOS REG RJ	Indireta
3.3.2.1.03.0002	RECUPERAÇÃO DE GASTOS REG MG	Indireta
3.3.2.1.03.0003	RECUP GASTOS AUDITORIA INDEPENDENTE	Indireta
3.3.2.1.03.0004	RECUPERAÇÃO DE GASTOS SEGUROS	Indireta
3.3.2.2.01.0001	PROVISÃO PARA RISCOS FISCAIS	Direta
3.3.2.2.01.0002	PROVISÃO PARA RISCOS TRABALHISTAS	Direta
3.3.2.2.01.0003	PROVISÃO PARA RISCOS CÍVEIS	Direta
3.3.2.2.01.0004	REVERSÃO DA PROVISÃO P/ RISCOS FISCAIS	Direta
3.3.2.2.01.0005	REVERSÃO DA PROVISÃO P/ RISCOS TRABALHIS	Direta
3.3.2.2.01.0006	REVERSÃO DA PROVISÃO PARA RISCOS CÍVEIS	Direta
3.3.2.2.02.0001	CONSTITUIÇÃO DA PROVISÃO	Direta
3.3.2.2.02.0002	REVERSÃO DA PROVISÃO	Direta

3.3.2.2.03.0001	CONSTITUIÇÃO DA PROVISÃO	Direta
3.3.2.2.03.0002	REVERSÃO DA PROVISÃO	Direta
3.3.2.3.01.0001	BENS DE PEQUENO VALOR DEDUZIDOS	Indireta
3.3.2.3.01.0002	PERDAS POR FURTOS E ROUBOS	Indireta
3.3.2.3.01.0003	PERDAS DE BENS IMOBILIZADOS	Indireta
3.3.2.4.01.0001	GANHOS NA ALIENAÇÃO DE INVESTIMENTOS	Indireta
3.3.2.4.02.0001	PERDAS NA ALIENAÇÃO DE INVESTIMENTOS	Indireta
3.3.2.5.01.0001	ALIENAÇÃO DE IMÓVEIS	Indireta
3.3.2.5.01.0002	ALIENAÇÃO DE MÓVEIS E UTENSÍLIOS	Indireta
3.3.2.5.01.0003	ALIENAÇÃO DE MÁQUINAS E EQUIPAMENTOS	Indireta
3.3.2.5.01.0004	ALIENAÇÃO DE VEÍCULOS	Indireta
3.3.2.5.02.0001	ALIENAÇÃO DE IMÓVEIS	Indireta
3.3.2.5.02.0002	ALIENAÇÃO DE MÓVEIS E UTENSÍLIOS	Indireta
3.3.2.5.02.0003	ALIENAÇÃO DE MAQUINAS E EQUIPAMENTOS	Indireta
3.3.2.5.02.0004	ALIENAÇÃO DE VEÍCULOS	Indireta
3.3.2.6.01.0001	ALIENAÇÃO DO INTANGÍVEL	Indireta
3.3.2.6.02.0001	PERDAS NA ALIENAÇÃO DO INTANGÍVEL	Indireta
3.3.2.7.01.0001	SINISTROS COM IMOBILIZADO	Indireta
3.3.3.1.01.0001	MATRIZ	Direta
3.3.3.1.01.0002	UPA SANTA LUZIA	Direta
3.3.3.1.01.0003	HOSPITAL DA MÃE	Direta
3.3.3.1.01.0004	UPA TIJUCA	Direta
3.3.3.1.01.0005	UPA BOTAFOGO	Direta
3.3.3.1.01.0006	UPA JACAREPAGUÁ	Direta
3.3.3.1.01.0007	UPA COPACABANA	Direta
3.3.3.1.01.0008	HOSPITAL ALBERT SCHWEITZER	Direta
3.3.3.1.01.0009	HOSPITAL MELCHÍADES CALAZANS	Direta
3.3.3.1.01.0010	HOSPITAL DA MULHER	Direta
3.3.3.1.01.0011	UNIDADE CENTRAL	Direta
3.3.3.1.01.0012	HOSPITAL ESTADUAL DE SAQUAREMA	Direta
3.3.3.1.01.0013	UPA CONTAGEM	Direta
3.3.3.1.01.0014	SEGUROS	Direta
3.3.3.1.01.0015	AUDITORIA	Direta
3.3.3.1.01.0016	HOSPITAL MUNICIPAL ROCHA FARIA	Direta
3.3.3.1.01.0017	DESPESAS COMPARTILHADAS JURIDICO	Direta
3.4.1.1.01.0001	JUROS ATIVOS	Indireta
3.4.1.1.01.0002	DESCONTOS FINANCEIROS OBTIDOS	Indireta
3.4.1.1.01.0003	MULTA	Indireta
3.4.1.1.01.0004	VARIAÇÕES CAMBIAIS ATIVAS	Indireta
3.4.1.1.02.0001	RENDA DE APLICAÇÕES	Indireta
3.4.1.1.02.0002	JUROS APLICAÇÕES CONVÊNIO SES/MG	Indireta
3.4.1.2.01.0001	JUROS PASSIVOS	Indireta
3.4.1.2.01.0002	DESCONTOS CONCEDIDOS	Indireta
3.4.1.2.01.0003	JUROS DE MORA	Indireta
3.4.1.2.01.0004	JUROS SOBRE CAPITAL PRÓPRIO	Indireta
3.4.1.2.01.0005	TARIFAS E COMISSÕES BANCÁRIAS	Indireta
3.4.1.2.01.0006	JUROS SOBRE EMPRÉSTIMOS E FINANCIAMENTOS	Indireta
3.4.1.2.01.0007	DESPESAS COM FECHAMENTO DE CÂMBIO	Indireta
3.4.1.2.02.0001	VARIAÇÕES MONETÁRIAS PASSIVAS	Indireta
3.4.1.2.02.0002	VARIAÇÕES CAMBIAIS PASSIVAS	Indireta
4	HORAS EXTRAS	Direta
5	BENEFICIOS	Direta
6	SALÁRIO CONTRATUAL MÉDICO	Direta
7	FÉRIAS, 13º SALÁRIO, ENCARGOS E CONTRIBUIÇÕES MÉDICO	Direta
8	VERBAS RESCISÓRIAS MÉDICO	Direta
9	HORAS EXTRAS MÉDICO	Direta

VI. CRITÉRIO DE RATEIO

Para que os custos gerados na Central de Serviços Compartilhados, alocados em seus diversos centros de custos, sejam distribuídos às unidades consumidoras de tais serviços de forma adequada, levando em consideração o esforço despendido para a prestação dos serviços às unidades sob contrato de gestão é necessário se identificar o melhor critério de rateio.

Qualquer critério de rateio implica na adoção de um determinado nível de arbitrariedade e deve ser compatível com o grau de complexidade e o ambiente institucional onde estão inseridas as operações.

As experiências e maturação na apuração e gestão de custos das organizações sociais de saúde e do modelo de acompanhamento dos órgãos de governo permitiu a construção de um conjunto de conceitos e parâmetros que podem ser resumidos como:

- O rateio da sede para cada uma das unidades de saúde não deve sercaracterizado como uma taxa de administração.
- É condição essencial que os custos sejam RASTREÁVEIS.
- A composição dos gastos deve ser TRANSPARENTE.
- Os gastos da Sede devem ser claramente identificados e seu rateio ser PROPORCIONAL ao esforço alocado em cada um dos contratos].
- A princípio cada unidade sob contrato de gestão deveria ser auto suficiente, contudo, pelo conceito da ECONOMICIDADE é desejável que a Sede concentre determinados serviços que sejam rateados entre as unidades.
- O critério de rateio deve ser SIMPLES E VERIFICÁVEL.

Em função dos conceitos acima a HMTJ e seus consultores de custos, são de opinião que o critério que mais se aproxima da acurácia na distribuição de rateio é aquele que reflete a distribuição ou apropriação dos custos e investimentos em cada unidade assistencial de forma balanceada, equitativa e uniforme, que pode ser por

custeio, número de colaboradores e outros referenciados e relacionados aos indicadores assistenciais.

VII. MODELOS DE RELATÓRIOS

A apuração de custos do CSC em seus diversos centros de custos, bem como os respectivos cálculos dos rateios para cada uma das unidades estão demonstrados em um conjunto de relatórios no sistema de custos. Como exemplo demonstramos a seguir os relatórios:

CDCONTACUSTO	NOCONTACUSTO	COMPETENCIA
1	SALÁRIO CONTRATUAL	172.423,04
11	RATEIOS RECEBIDOS	19.197,22
2	FÉRIAS, 13º SALÁRIO, ENCARGOS E CONTRIBUIÇÕES	63.730,93
3	VERBAS RESCISÓRIAS	25.254,35
3.2.1.1.01.0021	FORMAÇÃO TÉCNICO PROFISSIONAL	6.204,17
3.2.1.1.06.0002	MATERIAL DE LIMPEZA	99,82
3.2.1.1.06.0003	MATERIAL DE EXPEDIENTE	7.651,31
3.2.1.1.06.0007	MATERIAL DE COPA E COZINHA	106,32
3.2.1.1.06.0009	COMBUSTÍVEIS E LUBRIFICANTES	7.356,90
3.2.1.1.06.0010	FRETES E CARRETOS	0,00
3.2.1.1.08.0001	MANUTENÇÃO PREDIAL	3.500,00
3.2.1.1.08.0002	MANUTENÇÃO DE MÁQUINAS E EQUIPAMENTOS	0,00
3.2.1.1.08.0005	SEGURANÇA E VIGILÂNCIA	125,00
3.2.1.1.10.0001	SUPORTE EM TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO	1.560,00
3.2.1.1.10.0008	ASSESSORIA EM PROGRAMAS DE QUALIDADE	0,00
3.2.1.1.11.0010	CESSÃO DE USO DE SOFTWARE	46.794,93
3.3.1.1.01.0022	ASSISTÊNCIA MÉDICA E SOCIAL	-431,50
3.3.1.1.03.0001	ALUGUÉIS DE IMÓVEIS	4.224,28
3.3.1.1.04.0001	ENERGIA ELÉTRICA	818,40
3.3.1.1.04.0002	ÁGUA E ESGOTO	273,35
3.3.1.1.04.0004	TELEFONE	1.198,00
3.3.1.1.04.0005	DESPESAS POSTAIS	73,80
3.3.1.1.04.0007	MATERIAL DE HIGIENE E LIMPEZA	1.250,00
3.3.1.1.04.0008	ASSISTÊNCIA CONTÁBIL	112.250,00
3.3.1.1.04.0009	ASSISTÊNCIA EM GESTÃO FINANCEIRA	88.232,00
3.3.1.1.04.0010	DEPRECIAÇÕES E AMORTIZAÇÕES	1.108,86
3.3.1.1.04.0012	DESPESAS LEGAIS E JUDICIAIS	352,80
3.3.1.1.04.0015	CESSÃO DE USO DE SOFTWARE	1.260,30
3.3.1.1.04.0016	CONDUÇÃO URBANA	1.858,35
3.3.1.1.04.0018	SERVIÇOS DE ACESSO A INTERNET	364,00
3.3.1.1.04.0028	MANUTENÇÃO DE EQUIPAMENTOS	4.902,20
3.3.1.1.04.0030	HONORARIOS ADVOCATICIOS	131.946,00
3.3.1.1.04.0032	DESPESAS COM HOSPEDAGEM E ALIMENTAÇÃO	6.799,03
3.3.1.1.04.0033	GRÁFICA	-58,00
3.3.1.1.04.0034	DIVULGAÇÃO INSTITUCIONAL	20.438,27
3.3.1.1.04.0035	ASSESSORIA ADMINISTRATIVA	36.187,16
3.3.1.1.04.0040	CENTRAL DE DISTRIBUIÇÃO	650,00
3.3.1.1.04.0041	ASSESSORIA EM PROGRAMA DE QUALIDADE	212,00
3.3.1.1.04.0044	GENEROS ALIMENTÍCIOS	-387,66
3.3.1.1.04.0045	MATERIAL DE EXPEDIENTE	267,30
3.3.1.1.04.0046	MATERIAL DE COPA E COZINHA	404,39
3.3.1.1.04.0049	SERVIÇO DIREÇÃO FINANCEIRA	45.517,86
3.3.1.1.04.0051	SERVIÇO DIREÇÃO MEDICA	45.517,86
3.3.1.1.05.0008	IPTU	227,40
3.4.1.2.01.0003	JUROS DE MORA	129,42
3.4.1.2.01.0005	TARIFAS E COMISSÕES BANCÁRIAS	170,00
4	HORAS EXTRAS	860,71
5	BENEFICIOS	5.038,12
TOTAL		865.658,69

Estatísticas de rateio

NOCRITERIORATEIO	CDCENTROCUSTO	NOCENTROCUSTO	COMPETENCIA
Linear	01	Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus - Matriz	824,00
	01.01.002.013	Administração Central Regional - MG	441,00
	01.01.002.015	Administração Central Regional - SP	341,00
Linear Total			1.606,00
Matriz	01.02.002	Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus	824,00
Nº Colaboradores	01.01.002.001	Diretoria Executiva Regional	1,00
	01.01.002.002	Gerência Financeira	2,00
	01.01.002.005	Gerência de Suprimentos	1,00
	01.01.002.006	GSTI - Gerência Central de Sistema Tecnologia de Informação	3,00
	01.01.002.007	Gerência de Recursos Humanos	4,00
	01.01.002.008	Gerência de Departamento Pessoal	3,00
	01.01.002.010	Gerência de Qualidade	3,00
	01.01.002.012	Gerência Assistencial Não Médica	1,00
	01.02.002	Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus	806,00
	01.02.003	UPA Santa Luzia	175,00
	01.02.004	UPA Contagem	266,00
	01.04.002	Clínica Sul	341,00
Nº Colaboradores Total			2.430,00
MG	01.02.003	UPA Santa Luzia	175,00
	01.02.004	UPA Contagem	266,00
MG Total			441,00
SP	01.04.002	Clínica Sul	341,00

Rateios Recebidos

Código Centro Custo Origem	Centro Custo Origem	COMPETENCIA
01	Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus - Matriz	444.148,67
01.01.002.013	Administração Central Regional - MG	237.705,78
01.01.002.015	Administração Central Regional - SP	183.804,24
Total Geral		865.658,69

Custos Diretos

NOCONTACUSTO	Centro Custo Origem	COMPETENCIA
DESPESAS COM HOSPEDAGEM E ALIMENTAÇÃO	Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus - Matriz	1.455,10
	Administração Central Regional - MG	3.487,50
	Administração Central Regional - SP	5.281,20
TOTAL		10.223,80

Custos Diretos e Rateios

Código Centro Custo Origem	Centro Custo Origem	COMPETENCIA
01	Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus - Matriz	445.603,77
01.01.002.013	Administração Central Regional - MG	241.193,28
01.01.002.015	Administração Central Regional - SP	189.085,44
Total Geral		875.882,49

10.1.1: FA. 1 – ÁREA DA ATIVIDADE

INCREMENTO DAS ATIVIDADES

PROPOSIÇÃO DE PROJETOS ASSISTENCIAIS DE SAÚDE E/PI SPCOAOS DENTRO DO CUSTEIO PREVISTO PARA A UNIDADE.

PROPOSTA PROJETOS ASSISTENCIAS E OU SOCIAIS PELA OSSHMTJ

Considerando que a prática de humanização em saúde na assistência prestada aos nossos pacientes significa agregar valor à experiência vivida por eles neste momento de sua permanência no ambiente hospitalar, de forma a acolhê-lo e dar suporte psicológico, afetivo e responsável, que muitas vezes se encontram em situações de fragilidade, dependência, dor e sofrimento. Permite também a equipe desenvolver o seu conhecimento técnica e científica, valores éticos, além de respeito e solidariedade na entrega de seu trabalho.

O planejamento da assistência deve sempre abordar e respeitar os valores individuais dos pacientes considerando suas circunstâncias sociais, étnicas, sexuais, comportamentais, grau de instrução, costumes entre outros fatores que caracterizam a história e vivência familiar a qual cada indivíduo pertence.

Pautada na integralidade do cuidado em atendimento à Política Nacional de Humanização do Ministério da Saúde, o contato acolhedor e sem juízo de valores é fundamental, neste contexto a valorização dos diferentes profissionais implicados no processo de produção para saúde enfatiza a necessidade de autonomia para execução de seu trabalho com corresponsabilidades entre os integrantes estabelecendo vínculos solidários e participação coletiva no cuidado humanizado.

O GTH se encaixa justamente neste processo no planejamento de ações e busca por saídas criativas e dentre as situações encontradas durante o período de internação e ou atendimento no ambiente hospitalar, contribuindo também por ambiente mais harmônico de trabalho e melhorando a qualidade do atendimento aos usuários. Trata-se de uma forma de engajar parceiros tanto usuários do serviço quanto profissionais de saúde na busca da qualidade dos serviços.

A Comissão de Humanização da OSSHMTJ desenvolverá projetos que buscam fornecer aos pacientes atendidos e familiares um ambiente acolhedor, humano, respeitando as individualidades e estabelecendo vínculos responsáveis nas interfaces do cuidado.

A instituição também entende que o profissional que está no cuidado também precisa de ser acolhido e cuidado, pois o resultado será positivo, pois o mesmo poderá trabalhar num ambiente saudável, com melhor entrega para seus pacientes.

A coordenação do GT deverá ser escolhida dentre as lideranças compromissadas com a ideia da humanização.

Objetivos:

• Conduzir um processo permanente de mudança da cultura de atendimento à saúde, promovendo o respeito à dignidade humana.

Entre os projetos que serão implantados destacam-se:

1- Campanha "O que importa para você"

A campanha: "O que importa para você?" iniciou nos Estados Unidos em 2010, sendo a idealizadora do projeto Maureen Bisognano e veio para o Brasil através de um hospital da Congregação Santa Catarina. O dia 6 de junho é o dia escolhido para que unidades de saúde em todo o mundo realizem ações que impulsionem o movimento.

A ideia inicial desse projeto, é substituir a pergunta "qual é o seu problema?" para "O que importa para você?", no intuito de fazer com que os profissionais de saúde obtenham mais empatia com os pacientes assistidos, além de trazer um certo conforto e transmitir confiança para os mesmos.

O fato desse projeto trabalhar em cima da humanização em saúde e empatia nos cuidados, traz consigo a reflexão por cada profissional, sobre a importância da promoção da saúde.

Atualmente há muitos pacientes de diversas idades, que se encontram em um estado de cuidados paliativos ou longa permanência nas instituições. Por mais que esses pacientes tenham recebido um diagnóstico com um "final preestabelecido", os mesmos possuem desejos e anseios, e é nessa visão que a a Campanha – "O que importa para você?" atua, proporcionando a essa vida, dignidade, transmitir a eles paz e segurança, até mesmo para suas famílias em um momento tão delicado.

Por esse motivo a campanha vem ganhando força e se tornou uma campanha conhecida internacionalmente, sendo todo o dia 06 de Junho a data comemorativa da campanha – "O que importa para você?".

O Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus aderiu a ideia da Campanha, desde 2019. E a cada ano, o hospital separa uma semana de Junho para estar celebrando com

os pacientes e funcionários "O que importa para eles?", sendo realizada durante esses dias uma ornamentação temática específica, e realizada uma cantata pelos corredores do hospital com um grupo específico (trazendo um pouco mais de alegria, paz, esperança, fé tanto para os pacientes quanto para os profissionais de saúde), além de ser espalhado por todo o hospital banners, para que os funcionário possam expressar em um pequeno papel o que é importante para eles.





No ano de 2022, a campanha foi realizada em 4 dias, iniciando no dia 06/06 e com término no dia 09/06. A entrada do hospital contou com uma decoração contendo as cores da campanha, com bexigas, local que as pessoas utilizaram para tirar fotos e expressar o que sentiam. Os dois primeiros dias foram dedicados aos pacientes. Nestes, foram realizadas apresentações musicais pelos corredores e leitos do hospital, os pacientes puderam escolher a música que gostavam, para que pudesse ouvi-la pela banda presente. A empresa de televisão da TV Integração esteve presente nesses dias, vivenciando e podendo registar diversos momentos de emoção e felicidade vividos pelos pacientes e equipe.





O terceiro e quarto dia de campanha foram voltados aos funcionários, para que estes também pudessem contribuir e serem atendidos com o que importa para eles. No refeitório da instituição, nos horários de almoço e jantar, tivemos a presença de uma banda ao vivo, levando distração a todos que estavam presentes, abrangendo os plantões diurno e noturno. Foram distribuídas balas customizadas, com frases de inspiração para os colaboradores presentes, além de receberem um coração de papel para que pudessem acessar um QrCode e registrar um momento importante que vivenciaram com algum paciente.





Em todos os dias, uma pessoa vestida de coração circulou pelo hospital junto com as atividades realizadas durante a campanha, desta forma, mostrando a todos que também são importantes para a instituição. 4 banners foram expostos pela instituição, onde as pessoas puderam descrever em um post-it o que seria importante para elas, e posteriormente elas anexavam no banner. No refeitório do hospital, foram colocados dois cartazes com os nomes dos colaboradores, para que estes pudessem identificar e grifar seu próprio nome.





Benefícios para o paciente e familiares

A idéia é ouvir os pacientes e seus familiares, promovendo conversas mais significativas, tornando a passagem pelo hospital mais acolhedora. E com essa percepção de sensibilidade o grupo irá fazer uma programação para atendimento das necessidades dos pacientes de maneira a não interferir no processo de cuidar. Todas as ações serão realizadas pelo Grupo de Humanização Hospitalar (GTH) onde participam os enfermeiros, técnicos de enfermagem, assistente social, psicólogos e convidados artistas para complementação das ações.

Tais como:

- ✓ Cantata beira leito;
- ✓ Oferta de uma alimentação diferente e de escolha do paciente mediante autorização médica (Pipoca; Hamburguer, bolo, sorvete entre outros);

- ✓ Cantata durante uma alta tanto esperada de um paciente/família;
- ✓ Visitação de pet para casos específicos, previamente autorizado e consensuado com SCIH;
- ✓ Passeio no na área externa para contato ao sol;
- ✓ Comemoração de aniversário de pacientes;
- ✓ Corte de cabelo e barba por profissional;
- ✓ Cuidados com a pele;
- ✓ Entre outras ações que são atendimento às necessidades do paciente mediante a resposta da pergunta "O que importa para você".

Benefícios para o colaborador

O projeto prevê uma semana de aplicação da campanha no mês de junho em toda instituição, sendo este período reservado para a comemoração da iniciativa do projeto " O que importa para você" internacionalmente. Nesta semana o Hospital será todo enfeitado com balões sobre a temática além de disponibilizar em todos andares em local estratégico um *Banner* com pergunta temática "O que importa pra você" onde o colaborador poderá colocar sua opinião e ou expectativas, sejam profissionais e ou pessoais. Estas pesquisas internas serão avaliadas pela comissão com intuito de apresentação para alta direção e na medida do possível atender às solicitações dos colaboradores. Com essa iniciativa conseguimos melhorar a qualidade do ambiente de trabalho, estabelecer melhor relação com equipes multiprofissional, melhoria do clima organizacional.



OUTROS PROJETOS:

2- Campanha de doação de roupas e agasalhos kits de higiene

A equipe multiprofissional, realizará levantamento das necessidades dos pacientes internados que possuem algum nível de vulnerabilidade social que não possuem condições de obter vestimentas adequadas e ou agasalhos.

Será realizada campanha mensal para doação de roupas utilizando como recursos: campanha interna com a participação de colaboradores e profissionais terceirizados e externamente busca de parceiros que possam contribuir com a campanha.

A equipe multiprofissional, periodicamente e sempre que estiver realizando algum atendimento e identificar a necessidade dos pacientes/acompanhantes realizará a comunicação com o GTH e na oportunidade e disponibilidade será realizada a doação roupas e ou agasalhos. As informações e fotos dos usuários serão fornecidas no Site mediante assinatura do termo de consentimento para uso de imagem.

3- Projeto "Pode contar comigo"

O projeto tem como objetivo proporcionar acolhimento e atendimento psicológico ao colaborador, com uma escuta ativa, atendimento individualizado às suas demandas. A proposta é gerar uma experiência de bem-estar cuidando de quem cuida e reduzir os índices de afastamentos e ou adoecimento do profissional como síndromes de *bournout* entre outras situações. Todas as condutas frente as demandas são consensuadas com as lideranças para que o apoio seja eficaz e atendido da melhor forma.

4- Projeto "Visita pet"

O projeto tem como objetivo proporcionar momentos de contato entre os pacientes internados com animais de estimação que possui um valor afetivo e significativo ao paciente que está nesta situação de internação por longa permanência longe do seu lar. Pessoas internadas em hospitais e que recebem a visita de seus pets sentem psicologicamente alívio na alma e no coração, ficando mais propensos a reabilitação.

5- Projeto "Oração nos setores"

O projeto tem como objetivo proporcionar momentos de reflexão da Palavra de Deus e cantos com a participação de membros da equipe da Pastoral da Saúde local, que realizaram visitação nos setores proporcionando espaços de crescimento espiritual, preces, agradecimentos e entrega do trabalho, das relações entre os colaboradores e chefias, com aprofundamento em tempos fortes de liturgia: Páscoa e Natal. Bem como a programação da missa mensal na instituição onde poderão participar profissionais e acompanhantes/familiares. Esta atividade também é extensível a cultos evangélicos.

6- Projeto "Qualidade de vida"

O projeto tem como objetivo proporcionar aos colaboradores da instituição um auxílio na conscientização e controle do sobrepeso/obesidade bem como controle de doenças sistêmicas como HAS (Hipertensão arterial sistêmica) e DM (Diabetes Mellitus). Onde será realizada uma triagem com equipes no próprio local de trabalho e palestras motivacionais de autocuidado.

7- Projeto "Ginástica laboral"

O projeto tem como objetivo proporcionar aos colaboradores da instituição momentos de prática de ginástica laboral durante 15 minutos . Promovendo a qualidade de vida no trabalho, evitar problemas de DORT – Dores Osteomusculares relacionadas ao trabalho, além de promover a sociabilização entre colaboradores, melhorar o desempenho e corrigir a postura.

8- Projeto "Doutores do amor"

O projeto visa promover a experiência da alegria na adversidade por meio da arte do palhaço, através de visitas semanais e entregas de mensagens otimistas, ajudando a superação de stress ligado à hospitalização, sendo composta por profissionais da instituição com apoio de artistas locais.

- **Estimativa de Custo:**

Os Projetos Assistenciais de Saúde e/ou Sociais propostos acima pelo HMTJ, serão realizados por equipe própria, e seu custos ja está previsto dentro do custeio da unidade apresentado nesta proposta.



10.2.2: ÁREA DA QUALIDADE

10.2.2: ÁREA DA QUALIDADE

Qualidade Objetiva: Avalia medidas da proposta de trabalho para implantação de comissões

10.2.2: ÁREA DA QUALIDADE

Qualidade Objetiva: Avalia medidas da proposta de trabalho para implantação de comissões

COMISSÃO DE ÉTICA MÉDICA

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Conforme a Resolução CFM No 2.152/2016 (publicada no DOU de 10 de novembro de 2016, Seção I, p. 566), que estabelece normas de organização, funcionamento, eleição e competências das Comissões de Ética Médica dos estabelecimentos de saúde.

Art. 1° A Comissão de Ética Médica do Hospital Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado - HERSO, doravante referida como CEM constitui-se numa extensão do Conselho Regional de Medicina do Estado de Goiás, tendo funções investigatórias, educativas e fiscalizadoras do desempenho ético da medicina no âmbito das unidades geridas pelo HMTJ.

Art. 2° A Comissão de Ética Médica deve possuir autonomia 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.

Art. 3° Os atos da Comissão de Ética Médica são restritos ao corpo clínico da instituição a qual estávinculado o seu registro.

DAS FINALIDADES

Art. 4° 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 de 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 do Estado de Goiás 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 quanto às normas legaisque 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 corpoclínico da instituição de saúde.

DA COMPOSIÇÃO

Art. 5° A Comissão de Ética Médica será composta por 03 (três) membros titulares e 03 (três) suplentes, eleitos dentre os integrantes do Corpo Clínico, obedecidas as normas dispostasneste Regimento, podendo ser reeleitos.

Art. 6° A Comissão de Ética Médica será composta por 01 (um) Presidente, 01 (um) Secretário eleito dentre os membros efetivos.

DO MANDATO

Art. 7° A escolha dos membros da Comissão de Ética Médica será realizada mediante processo eleitoral através de voto direto e secreto, não sendo permitido o uso de procuração, dela participando os médicos que compõem o corpo clínico da instituição, conforme previsto no regimento interno do Corpo Clínico.

Art. 8° Não poderão integrar a Comissão de Ética Médica os médicos que exercerem cargos na direção técnica, clínica ou administrativa da instituição e os que não estejam adimplentes com o Conselho Regional de Medicina.

Parágrafo 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. 9° São inelegíveis para a Comissão de Ética Médica do HMTJ, os médicos que não estiverem adimplentes 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.

Parágrafo Único. Considerando a existência de penas privadas, o Conselho Regional de Medicina da Paraíba deverá apenas certificar a condição de elegível ou inelegível dos candidatos, de acordo com seus antecedentes ético-profissionais.

Art. 10. O mandato da Comissão de Ética Médica tem duração de 02 (dois) anos, podendo ocorrer à reeleição de seus membros.

Parágrafo Único. As eleições deverão ser realizadas até 30 (trinta) dias antes do término do mandato.

Art. 11. O diretor clínico da Unidade designará uma comissão eleitoral com a competência de organizar, dirigir e supervisionar todo o processo eleitoral, de acordo com as normas do Conselho Regional de Medicina de Goiás.

Parágrafo Único. Os integrantes da comissão eleitoral e membros de cargos diretivos da instituiçãonão podem ser candidatos à Comissão de Ética Médica.

Art. 12. A comissão eleitoral convocará a eleição, por intermédio de edital a ser divulgado na instituição de saúde, 30 (trinta) dias antes da data fixada para a eleição e validará e publicará a lista dos votantes do corpo clínico.

Parágrafo Único. O edital deverá conter as informações necessárias ao desenvolvimento do processo eleitoral, com regras específicas a serem observadas durante o pleito.

Art. 13. 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 deproporcionalidade prevista no artigo 3º da Resolução CFM No 2.152/2016 e no artigo 4º deste regimento.

§ 1º. No momento da inscrição, a chapa designará um representante para acompanhar os trabalhosda comissão eleitoral e fiscalizar o processo de eleição.

§ 2º. O requerimento de inscrição deverá ser subscrito por todos os candidatos que compõe a chapa.

Art. 14. A comissão eleitoral divulgará, no âmbito da instituição de saúde, as chapas inscritas, de acordo com o número de registro, durante o período mínimo de uma semana.

Art. 15. A comissão eleitoral procederá à apuração dos votos imediatamente após o encerramento da votação, podendo ser acompanhada pelo representante das chapas e demais interessados, a critério da comissão eleitoral.

Parágrafo único. Será considerada eleita à chapa que obtiver maioria simples dos votos apurados.

Art. 16. O resultado da eleição será lavrado em ata pela comissão eleitoral, que deverá serencaminhada ao Conselho Regional de Medicina do Estado de Goiás para homologação e registro.

Art. 17. 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 comissãoeleitoral e, em segunda instância, ao Conselho Regional de Medicina.

Art. 18. Homologado e registrado o resultado, os membros eleitos serão empossados pelo Conselho Regional de Medicina.

Parágrafo único. O Conselho Regional de Medicina emitirá certificado de eleição, com a composição da Comissão de Ética Médica, que deverá ser afixado em local visível ao público.

Art. 19. 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 CRM/GO.

§ 1°. Se o membro da Comissão de Ética Médica deixar de fazer parte do corpo clínico, o seu mandato cessará automaticamente, cabendo ao presidente comunicar imediatamenteao CRM/GO.

§ 2°. Sobrevindo condenação ético-profissional transitada em julgado no âmbito administrativo contra qualquer membro da Comissão de Ética Médica, este deverá imediatamente ser afastado pelo CRM/GO.

Art. 20. Em casos de vacância do cargo de presidente ou de secretário, far-se-á nova escolha, dentreos membros efetivos, para o cumprimento do restante do mandato.

Parágrafo único. Quando ocorrer vacância em metade ou mais dos cargos da Comissão de Ética Médica, será convocada nova eleição para preenchimento dos cargos vagos até que nova eleição oficial seja realizada, que poderá ter candidatura individual.

DO FUNCIONAMENTO E ORGANIZAÇÃO

Art. 21. A Comissão de Ética Médica se reunirá ordinariamente bimestralmente, e, extraordinariamente, quantas vezes necessárias para o bom andamento dos trabalhos.

Art. 22. Os atos administrativos da Comissão de Ética Médica do terão caráter sigiloso, exceto quando tratar-se de atividade didático-pedagógicas no âmbito do HERSO.

Art. 23. As deliberações da Comissão de Ética Médica dar-se-ão por maioria simples, sendo prerrogativa do presidente o voto qualificado em caso de empate.

Art. 24. A apuração interna será instaurada mediante:

I. Denúncia por escrito, devidamente identificada e, se possível, fundamentada;
II. Ofício, por intermédio de despacho do presidente da Comissão de Ética Médica.

Parágrafo único. Instaurada a apuração, o presidente da Comissão de Ética Médica deverá informar imediatamente ao CRM/GO para protocolo e acompanhamento dos trabalhos.

Art. 25. As apurações internas deverão ser realizadas pelo membro da Comissão designado, sem excesso de formalismo, tendo por objetivo a apuração dos fatos no local em que ocorreram.

Art. 26. 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 (quinze) dias contados da juntada aos autos do comprovante de recebimento.

Parágrafo único. A apuração interna no âmbito da Comissão de Ética Médica, por setratar de procedimento sumário de esclarecimento, não está sujeita às regras do contraditório e da ampla defesa.

Art. 27. A apuração interna deverá ter a forma de autos judiciais, com folhas devidamente numeradas e rubricadas, ordenadas cronologicamente.

Parágrafo único. O acesso aos autos é permitido apenas às partes, aos membros da Comissão de Ética Médica do hospital e ao CRM/GO.

Art. 28. 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 CRM/GO.

Parágrafo único. O presidente da Comissão de Ética Médica poderá colocar os autos para apreciação dos demais membros que, em votação simples, poderão deliberar pela realização de novos atos instrutórios.

Art. 29. 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 CRM/GO.

Art. 30. 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 dacomissão remeter os autos diretamente ao CRM para as providências cabíveis.

Art. 31. A Comissão de Ética Médica não poderá emitir nenhum juízo de valor a respeito dos fatos que apurar.

§ 1° O CRM/GO 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.

§ 2° A atuação da Comissão de Ética Médica é de extrema valia à apuração das infrações éticas, nãosignificando, entretanto, qualquer derrogação, sub-rogação ou delegação das funções legais dos Conselhos Regionais de Medicina.

DAS ATRIBUIÇÕES

Art. 32. 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 Paraíba 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 instituição a qual se encontra vinculada;

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.

Parágrafo Único. O presidente deverá ser membro efetivo da Comissão de Ética Médica.

Art. 33. 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 o livro de registros da Comissão de Ética Médica, onde deverãoconstar os atos e os trabalhos realizados, de forma breve, para fins de fiscalização.

Art. 34. Compete aos membros efetivos e suplentes da Comissão de Ética Médica:

I. Eleger o presidente e o secretário;
II. Participar das reuniões ordinárias e extraordinárias, propondo sugestões e assuntos a serem discutidos e, quando efetivos ou suplentes convocados, votar nas matérias em apreciação;
III. Instruir as apurações internas, quando designados pelo presidente;
IV. Participar ativamente das atividades da Comissão de Ética Médica, descritas no artigo 6º deste regimento.

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 35. Os médicos envolvidos nos fatos a serem apurados, convocados nas apurações internas que deliberadamente se recusarem a prestar esclarecimentos à Comissão de Ética Médica ficarão sujeitos a procedimento administrativo no âmbito do CRM/GO, conforme preconiza oart. 17 do Código de Ética Médica.

Art. 36. O CRM deverá fornecer todo o apoio necessário à Comissão de Ética Médica, tanto estimulando a participação do corpo clínico no processo eleitoral, quanto no

respaldoà sua autonomia perante o hospital, conforme estabelecido na Resolução CFM No 2.152/2016, no seu artigo 36.

Art. 37. O presidente da Comissão de Ética Médica deverá fornecer ao CRM/GO relatório sobre as atividades realizadas, a cada seis meses ou quando solicitado.

Art. 38. Os casos omissos serão decididos pelo Conselho Regional de Medicina do Estado de Goiás.

Data, _____

_____

Diretor da unidade

Membros

_____

_____

Título: Planilha para Cronograma de Implantação da Comissão de Ética Médica

Item	O que deverá ser feito?	Por que será feito?	Como será feito?	Por quem será feito?	Quando será feito?
1	Iniciar processo de eleição dos membros para a Comissão	Por obrigatoriedade (conforme conselho de medicina) de acordo com necessidade;	Através de eleição de membros da equipe médica seguindo recomendações do conselho	Diretoria Clínica	Mês 1 e mês 2
2	Elaborar Regimento Interno da Comissão	Para oferecer suporte e orientação especializada para a equipe assistencial	Será solicitado à Diretoria clínica e representantes eleitos	A própria comissão	Mês 2
3	Reuniões ordinárias;	Desenvolver atividade educativa através de discussões e análises dos casos e condutas assistenciais da categoria	Divulgações e orientações sobre temas relativos à Ética Médica, mantendo diálogo regular com a Alta Gestão e com os responsáveis pelos cuidados.	Membros da comissão	Mês 2
4	Supervisionar, orientar e avaliar na Instituição o exercício ético e legal da atividade médica.	Para oferecer segurança na assistência recebida durante período de internação.	Verificação de cadastros da equipe médica no conselho.	A própria Comissão	Mês 3
5	Instaurar sindicância, quando houver indícios de infração ao Código de Ética Médica ou por solicitação do CRM	Instruir e formular relatório circunstanciado acerca da situação Apurada, quando identificada	Encaminhando-o ao CRMMG, sem emitir juízo de valor a respeito dos fatos que apurar	Membros da Comissão	Mês 4

6	Reuniões ordinárias;	Desenvolver atividade educativa através de discussões e análises dos casos e condutas assistenciais da categoria	Divulgações e orientações sobre temas relativos à Ética Médica, mantendo diálogo regular com a Alta Gestão e com os responsáveis pelos cuidados.	Membros da comissão	Mês 4
7	Reuniões ordinárias;	Desenvolver atividade educativa através de discussões e análises dos casos e condutas assistenciais da categoria	Divulgações e orientações sobre temas relativos à Ética Médica, mantendo diálogo regular com a Alta Gestão e com os responsáveis pelos cuidados.	Membros da comissão	Mês 6
8	Reuniões ordinárias;	Desenvolver atividade educativa através de discussões e análises dos casos e condutas assistenciais da categoria	Divulgações e orientações sobre temas relativos à Ética Médica, mantendo diálogo regular com a Alta Gestão e com os responsáveis pelos cuidados.	Membros da comissão	Mês 8
9	Reuniões ordinárias;	Desenvolver atividade educativa através de discussões e análises dos casos e condutas assistenciais da categoria	Divulgações e orientações sobre temas relativos à Ética Médica, mantendo diálogo regular com a Alta Gestão e com os responsáveis pelos cuidados.	Membros da comissão	Mês 10
10	Reuniões ordinárias;	Desenvolver atividade	Divulgações e orientações sobre	Membros da	Mês 12

		educativa através de discussões e análises dos casos e condutas assistenciais da categoria	temas relativos à Ética Médica, mantendo diálogo regular com a Alta Gestão e com os responsáveis pelos cuidados.	comissão	
11	Elaborar relatórios de ações da comissão e planejamento de ações futuras.	Subsidiar melhorias de processos e análises de dados.	Análise global das ações empreendidas durante o ano e propostas de melhorias baseadas nas experiências vivenciadas	Membros da comissão e Direção Clínica.	Mês 12

10.2.2: ÁREA DA QUALIDADE

Qualidade Objetiva: Avalia medidas da proposta de trabalho para implantação de comissões

COMISSÃO DE ÉTICA DE ENFERMAGEM

Capítulo I

Características Gerais (definição, finalidades, objetivos, jurisdição, subordinação hierárquica)

Art. 1º A Comissão de Ética de Enfermagem (CEE) é um órgão consultivo colegiado que acolhe as demandas referentes ao exercício ético profissional da enfermagem nas áreas de assistência, ensino, pesquisa e administração na presente instituição, com subordinação hierárquica ao Conselho Regional de Enfermagem de Goiás (Coren-GO), conforme Resolução do Conselho Federal de Enfermagem (Cofen) nº 593/2018.

Art. 2º A CEE possui finalidades educativas, consultivas, de conciliação, orientação, vigilância e promoção do exercício ético da enfermagem na instituição, com ações balizadas nos princípios fundamentais presentes no Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem e nas demais legislações vigentes.

§1º A CEE não tem caráter punitivo ou coercitivo.

§2º Não compete à CEE o julgamento ético ou administrativo.

§3º As questões administrativas referentes ao serviço de enfermagem serão de competência da chefia da Divisão de Enfermagem (DE).

§4º O julgamento e a atribuição de pena ético-disciplinar são exclusivos do Plenário do Coren-MG e do Cofen.

Art. 3º A CEE possui os seguintes objetivos:

I - representar o Coren-GO nas questões ético-legais na instituição;
II- acolher os profissionais de enfermagem na promoção do exercício ético da profissão;
III- divulgar e esclarecer o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem e as demais normas disciplinares e éticas do exercício profissional;
IV - promover e/ou participar de atividades que desenvolvam o comportamento ético adequado na instituição;
V - promover e/ou participar de atividades multiprofissionais que desenvolvam a promoção do exercício ético e o respeito às competências legais das profissões;

VI - assessorar e orientar a DE, membros da equipe, comunidade e demais interessados da instituição sobre questões éticas e as implicações decorrentes de atitudes inadequadas ou ilegais; VII - averiguar denúncias, fatos ou notícias de situações inadequadas do exercício profissional de enfermagem ocorridos na instituição e realizar os encaminhamentos cabíveis.

Art. 4º A CEE possui jurisdição restrita aos aspectos ético-legais do serviço de enfermagem na instituição, com exceção das designações da presidência do Coren-GO.

Art. 5º A CEE representa o Coren-GO na instituição para assuntos da ética profissional, com autonomia e imparcialidade em relação às demais estruturas organizacionais da mesma.

Parágrafo único. As condutas da CEE são orientadas pelas determinações, resoluções e pareceres do Cofen e do Coren-GO.

Capítulo II

Composição (membros, organização e atribuições)

Art. 6º A CEE será composta por profissionais de enfermagem legalmente habilitados e inscritos no Coren-GO e que atendam aos seguintes critérios:

I - manter vínculo com a instituição;
II - estar em situação regular no que se refere às obrigações com o Coren-GO;
III - não possuir anotações de penalidades na instituição nos últimos cinco anos;

IV - não possuir condenação transitada em julgado em processos administrativos e/ou éticos nos últimos cinco anos.

Art. 7º O colegiado da CEE será composto por profissionais de enfermagem efetivos e seus respectivos suplentes, sendo três enfermeiros efetivos e três enfermeiros suplentes e quatro técnicos e/ou auxiliares de enfermagem efetivos e quatro suplentes.

§1º O mandato dos membros da CEE será de três anos, admitida apenas uma reeleição ou recondução.

§2º O enfermeiro, chefe da DE, não poderá compor a CEE durante o exercício do cargo.

Art. 8º O Presidente da CEE e/ou seu substituto, obrigatoriamente será profissional enfermeiro. Art. 9º Compete ao Presidente da CEE:

- Convocar, presidir e coordenar as ações e reuniões da CEE;
- Atender às notificações e solicitações do Coren-GO;
- Representar a CEE na instituição e no Coren-GO, quando se fizer necessário;
- designar membros da CEE para realizar ações e atividades finalísticas, elencadas no artigo 2º, na instituição;
- elaborar o plano de trabalho e o cronograma de atividades da Comissão;
- atualizar, sempre que necessário, o regimento interno e encaminhar para o Coren-MG para aprovação;
- elaborar e encaminhar relatório trimestral à Unidade de Monitoramento, Avaliação e Estatística (UMAE);
- elaborar o relatório anual e encaminhar ao Coren-GO
- designar membro para levantar dados em sindicância, quando necessário;
- acolher notícias de situações supostamente de desvio do exercício ético da enfermagem e proceder aos encaminhamentos necessários;
- elaborar o parecer dos atos e procedimentos dos demais membros da Comissão para encaminhar à Comissão de Ética do Coren-GO e à DE, quando se tratar de medidas administrativas;
- solicitar apoio, suporte e orientações, quando necessárias, à Comissão de Ética do Coren-GO
- desenvolver ações para divulgar o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem e as legislações vigentes da profissão;
- promover ações de sensibilização e valorização da categoria;
- exercer a presidência com justiça, compromisso, equidade, dignidade, competência, responsabilidade, honestidade e lealdade;
- fundamentar suas relações com os membros da Comissão no direito, na prudência, no respeito, na solidariedade e na diversidade de opinião e posição ideológica;
- relatar ao Coren-GO qualquer situação que interfira na autonomia e imparcialidade da comissão, por outras comissões ou entes administrativos; e
- demais ações relacionadas que forem estabelecidas pelo Coren-GO.

Art. 10. Compete ao secretário da CEE:

I. secretariar todos os atos realizados pela Comissão, por meio de ata;
II. documentar as ações realizadas pela Comissão (fotos, relatórios, listas);
III. responsabilizar-se pela documentação e seu sigilo;

IV. relatar ao Coren-GO situação de condutas antidemocráticas de membros da Comissão;

V. organizar a agenda das reuniões.

Art. 11. Compete aos membros da CEE:

- representar o Coren-GO na instituição de saúde, no que se refere a temas relacionados à divulgação do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem;
- divulgar e zelar pelo cumprimento da Legislação de Enfermagem vigente;
- identificar as ocorrências éticas e disciplinares na instituição de saúde onde atua;
- receber denúncias de Profissionais de Enfermagem, usuários, clientes e membros da comunidade, relativas ao exercício profissional;
- elaborar relatório, restrito à narrativa dos fatos que ensejaram a denúncia, anexando documentação, se houver, relativa a qualquer indício de infração ética;
- propor e participar, em conjunto com a chefia da DE e enfermeiro responsável pelo Serviço de Educação Permanente de Enfermagem (SEE), de ações preventivas e educativas sobre questões éticas e disciplinares;
- promover e participar de atividades multiprofissionais referentes à ética;
- assessorar a chefia (Diretoria/Chefia/Coordenadora – de acordo com a instituição) de enfermagem da instituição, nas questões ligadas à ética profissional;
- divulgar as atribuições da CEE;
- participar das atividades educativas do Coren-GO e atender as solicitações de reuniões e convocações inerentes às atribuições da CEE, inclusive promover e participar de treinamento e capacitação;
- cumprir e fazer cumprir as disposições deste regimento e as demais normas relativas ao exercício ético-profissional.

Capítulo III

Funcionamento (reuniões e documentos)

Art. 12. A CEE reunir-se-á ordinariamente a cada 30 (trinta) dias, sob convocação do Presidente, conforme cronograma e pauta pré-definidos e aprovados pelos membros da Comissão.

§1º Os membros deverão dedicar, no mínimo, 120 minutos (2 horas) da carga horária de trabalho mensal para execução das atividades na CEE.

§2º A dedicação dos 120 minutos (2 horas) mensais corresponderão a um plano de atividades conjunto elaborado pelos membros da CEE.

Art. 13. As reuniões extraordinárias poderão ser convocadas pelo Presidente ou por maioria simples dos membros, com antecedência de 10 (dez) dias, com pauta definida em edital.

Art. 14. Toda reunião deverá ser lavrada em ata pelo secretário ou membro efetivo substituto e assinada pelos presentes com indicações dos posicionamentos e votos, caso existentes.

Art. 15. Todos os processos de trabalho da Comissão serão democráticos, e os membros efetivos terão direito a voz e voto.

§1º O Presidente exercerá o voto de minerva, em caso de empate;

§2º Os suplentes possuirão direito a voz em todas as reuniões; e direito a voto quando estiverem substituindo o titular.

Art. 16. As reuniões e atividades da CEE serão abertas à comunidade de enfermagem da instituição, com exceção dos debates e procedimentos de sindicância e assuntos pertinentes a denúncias.

Art. 17. A CEE deverá manter atualizados os seguintes documentos:

- Regimento Interno da CEE;
- Plano de ação e cronograma de atividades;
- Livro de Protocolos;
- Cartilha de Suprimentos de Fundos;
- Livro de atas;
- Livro de atividades e treinamentos;
- arquivos dos documentos do processo eleitoral;
- Certidão negativa dos membros da CEE, atualizada anualmente;

IX - Portaria do Coren-GO;

- cópia dos Certificados de Posse.

Capítulo IV

Encargos da Subordinação Hierárquica (responsabilidades, fluxos, demandas)

Art. 18. A CEE deve fundamentar suas atividades no conhecimento, na prática e no cumprimento ao Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem e demais normativas do Sistema Cofen/Coren.

Art. 19. A CEE deve cumprir, no prazo estabelecido, determinações, notificações, citações, convocações e intimações do Coren-GO, salvo por motivos legais devidamente justificados.

Art. 20. A CEE deve exercer suas atribuições dentro dos limites legais e éticos da profissão, com autonomia, independência e solidariedade às demais profissões e comissões na instituição.

Art. 21. A CEE está vinculada ao Coren-GO por determinação do dispositivo legal – Resolução Cofen 593/18 – e pela portaria específica aprovada pelo Plenário do Coren-GO, submetida às normas, regras, ao fluxo, às medidas legais e administrativas da autarquia de fiscalização do exercício da enfermagem – Coren-GO.

Art. 22. Os fatos apurados e acompanhados pela CEE deverão ser encaminhados, de acordo com a natureza, para instâncias administrativas e/ou ético-disciplinares.

- de natureza administrativa - deverão ser encaminhados ao enfermeiro, Responsável Técnico (RT) para medidas e encaminhamentos estabelecidos pela instituição;
- de natureza ético-disciplinares deverão ser remetidos à Comissão de Ética do Coren-GO para avaliação dos procedimentos já realizados e as decisões legais cabíveis, bem como informados por escrito, de forma suscinta, à chefia da DE, os encaminhamentos;
- quando o fato for de menor gravidade e não tiver acarretado danos a terceiros, a CEE poderá promover a conciliação entre as partes envolvidas e encerrar o procedimento;
- quando o fato não apresentar indícios de infração, a CEE deverá realizar o arquivamento do feito.

Capítulo V

Vacância (desistência, afastamento, suspensão e impedimentos)

Art. 23. A vacância de qualquer membro efetivo da CEE, durante a vigência do mandato, não configura a desconstituição da CEE da instituição.

§1º O membro efetivo deverá ser substituído por suplente da mesma categoria profissional;

§2º Os membros remanescentes da CEE poderão sugerir a indicação de profissional para a suplência, devendo encaminhar o nome para o Coren-GO, com a documentação referente aos requisitos do artigo 5º.

§3º O profissional indicado para a titularidade e/ou suplência da CEE exercerá as ações pelo tempo restante da vigência do mandato da Comissão.

Art. 24. A desistência do membro da CEE deverá ser formalizada por escrito à Comissão de Ética do Coren-GO, no prazo máximo de 15 (quinze) dias.

§1º A CEE deverá encaminhar, junto ao documento, declaração de próprio punho do membro, com descrição dos motivos da desistência;

§2º O membro desistente deverá encaminhar ao Coren-GO o Certificado de Posse da CEE para as devidas anotações.

Art. 25. O afastamento temporário poderá ser solicitado diretamente à CEE por qualquer membro, por um período de até 180 dias.

§1º O pedido de afastamento deverá ser encaminhado pelo Presidente ou substituto à Comissão de Ética do Coren-GO para conhecimento e providências, se necessárias.

§2º O Presidente da CEE deverá indicar, no prazo de 15 (quinze) dias, o substituto da mesma categoria para desenvolver as atividades durante o afastamento do titular e comunicar oficialmente à Comissão de Ética do Coren-GO as devidas providências e anotações.

Art. 26. O afastamento definitivo de membro da CEE poderá ser solicitado e formalizado ao Coren-GO pelo Presidente da CEE, nas seguintes situações:

I - Ausência, não justificada, em três (3) reuniões ordinárias consecutivas;

II - Condenação, transitada em julgado, em processo ético ou penal.

§1º A CEE deverá encaminhar cópias dos documentos que comprovem a situação do membro e da ata da Comissão que decidiu pelo afastamento.

§2º O profissional afastado não poderá participar de Comissão de Ética de Enfermagem por 5 (cinco) anos ou enquanto durarem os efeitos da condenação.

Art. 27. A suspensão de membro deverá ser requerida pelo Presidente da CEE, de forma fundamentada e justificada à Comissão de Ética do Coren-GO, pelo e-mail, nos seguintes casos:

- não estar em situação regular com as obrigações junto ao Coren-GO;
- estar respondendo processo administrativo e judicial de objeto vinculado à assistência de Enfermagem;

§1º O Presidente da CEE deverá encaminhar ao Coren-GO a indicação do suplente para substituir o membro titular durante a suspensão.

§2º A suspensão do membro será imediata após o comunicado do Presidente da CEE ao Coren-GO.

§3º Em caso de má-fé, o Presidente da CEE será encaminhado para que as medidas éticas cabíveis sejam tomadas.

§4º A suspensão será homologada com os prazos e requisitos de habilitação pela Comissão de Ética do Coren-GO, garantindo o direito da ampla defesa e do contraditório.

Art. 28. O impedimento de membro deverá ser requerido pelo Presidente da CEE, de forma fundamentada e justificada à Comissão de Ética do Coren-GO, nos seguintes casos:

- inexistência do vínculo empregatício com a instituição;
- inexistência dos requisitos legais para o exercício profissional, conforme art. 2º da Lei Federal 7498/86;
- ter assumido função e/ou cargo de RT do Serviço de Enfermagem;

IV ter assumido cargo de Diretoria ou Gerência Geral da instituição;

§1º O Presidente da CEE deverá encaminhar ao Coren-GO a indicação do suplente para substituir o membro titular.

§2º O impedimento do membro será imediato após o comunicado do Presidente da CEE ao Coren- GO.

§3º Em caso de má-fé, o Presidente da CEE será encaminhado para as medidas éticas cabíveis.

§4º O impedimento será homologado pela Comissão de Ética do Coren-GO, garantindo o direito da ampla defesa e do contraditório.

§5º O membro impedido deverá encaminhar ao Coren-GO o Certificado de Posse da CEE para as devidas anotações.

Capítulo VI

Processo Eleitoral (princípios, Comissão Eleitoral, editais, prazos, eleições, resultados)

Art. 29. A escolha dos membros para atuarem na CEE, preferencialmente, ocorrerá através de voto direto, secreto, facultativo e periódico.

Parágrafo único. As eleições poderão ocorrer no formato virtual a depender de condições que contraindiquem o formato presencial.

Art. 30. O processo eleitoral da CEE fundamenta-se nos princípios do Estado Democrático de Direito, da lisura do processo eleitoral, da soberania popular, da moralidade, da probidade, da isonomia e da solidariedade.

Art. 31. O Processo Eleitoral deverá ser iniciado até 60 (sessenta) dias antes do término do mandato da Comissão em exercício, devendo o edital público das eleições ser fixado em painéis de informações internas na instituição e em todos os setores em que sejam prestados serviços de enfermagem; e circulado nos canais de comunicação institucional por, no mínimo, 5 (cinco) dias anteriores à inscrição de candidaturas.

§1º O Processo Eleitoral iniciar-se-á com a composição da Comissão Eleitoral designada pelo Presidente da CEE ou pela chefia da DE.

§2º A Comissão Eleitoral será composta por 3 (três) integrantes para planejar, acompanhar, organizar e executar os procedimentos do pleito eleitoral e da posse.

§3º Os membros da Comissão Eleitoral deverão escolher o presidente e o secretário, na primeira reunião, para os encaminhamentos do pleito, e lavrar em ata.

§4º Os membros profissionais de enfermagem da Comissão Eleitoral deverão apresentar certidão negativa de situação cadastral, financeira e de antecedentes éticos do Coren-GO ao Presidente da CEE ou ao chefe da DE, como requisito para compor a Comissão;

§5º O Presidente da CEE ou o chefe da DE deverá encaminhar os nomes dos profissionais de enfermagem da Comissão Eleitoral para o Coren-GO pelo e-mail para verificação dos requisitos.

Art. 32. A Comissão Eleitoral, após autorização do Coren, deverá elaborar e publicar o edital de convocação para o processo eleitoral, no prazo de 5 (cinco) dias.

§1º As informações sobre os critérios dos artigos 6º e 7º, o período do mandato e de inscrições dos interessados e a data do pleito são requisitos mínimos no edital.

§2º Os candidatos deverão apresentar no ato da inscrição, anuência de suas chefias imediatas devido a necessidade de comprovação da carga horária dispensada para atuação na CEE dentro da jornada de trabalho.

§3º Cabe à Comissão Eleitoral receber os pedidos de inscrição e sobre eles decidir, examinando se os candidatos preenchem os requisitos estabelecidos neste regimento e na Resolução Cofen 593/2018, no prazo de 5 (cinco) dias.

§4º Os nomes dos candidatos deverão ser encaminhados à Comissão de Ética de Enfermagem do Coren, dentro do prazo estabelecido no §2º, pelo e-mail para certificação dos requisitos do exercício ético junto ao Coren-GO.

§5º Todas as reuniões deverão ser lavradas e assinadas pelos presentes, e os documentos, editais e procedimentos autuados de forma cronológica para serem encaminhados pelo e-mail à Comissão de Ética do Coren-GO, após finalizado o pleito eleitoral.

Art. 33. Os editais públicos serão os instrumentos legais publicados pela Comissão Eleitoral para organização do processo e definição de prazos e documentos.

§1º Os editais de convocação do processo eleitoral, de deferimento de candidaturas e resultado do pleito eleitoral são obrigatórios.

§2º Os editais precisam ser firmados pelo chefe da DE.

§3º Os editais precisam ser fixados em local de fácil visualização da comunidade de enfermagem e enviados para a Comissão de Ética de Enfermagem do Coren, para ciência e acompanhamento pelo e-mail.

Art. 34. Os prazos do processo eleitoral devem garantir o exercício da democracia, a publicidade e a igualdade de oportunidades, bem como atenderem às regras gerais dos artigos 6º e 10º, §2º da Resolução Cofen 593/2018.

§1º Todas as etapas do processo eleitoral deverão acontecer no prazo mínimo de 20 (vinte) e máximo de 60 (sessenta) dias, entre a convocação e o pleito.

§2º Todos os documentos elencados no §4º do artigo 34 deverão ser encaminhados ao Coren-GO pelo e-mail no prazo máximo de 30 (trinta) dias antes do término do mandato, para as providências legais da homologação do resultado e da posse.

§3º Devem ser garantidos os seguintes prazos:

- 10 (dez) dias da publicação do edital de convocação e do término do período de inscrição de candidaturas;
- 5 (cinco) dias de campanha entre o edital de deferimento de candidaturas e o pleito eleitoral.

Art. 35. As eleições deverão ser realizadas durante o horário de trabalho, respeitando todos os turnos e escalas de revezamento, de forma a garantir condições de acesso e exercício do direito ao voto a todos os interessados aptos da comunidade de enfermagem.

§1º Serão aptos ao direito de voto os profissionais que preencham os requisitos do artigo 2º da Lei Federal 7498/86 e com situação regular junto ao Coren-GO.

§2º Os profissionais deverão votar nos seus pares de categoria, ou seja, enfermeiros votam em enfermeiros e os profissionais de nível médio em técnicos de enfermagem e auxiliares de enfermagem;

§3º A eleição terá legitimidade se o número de votantes for, no mínimo, a metade mais um dos aptos, por nível profissional.

Art. 36. O resultado do processo eleitoral deverá ser publicado em edital pela Comissão Eleitoral com descrição do número de votos de cada candidato, com classificação por voto e por categoria.

§1º Os candidatos mais votados, por categoria, serão os titulares da CEE.

§2º O tempo de inscrição no Coren-GO será o critério de desempate.

§3º A ordem da suplência será definida pela classificação de votos recebidos no pleito.

§4º Os protestos e recursos deverão ser decididos pela Comissão Eleitoral no prazo máximo de 02 (dois) dias.

§5º A Comissão de Ética do Coren-GO será o colegiado com legitimidade de arbitragem dos conflitos e dúvidas do processo eleitoral.

§6º O resultado oficial será homologado pelo Coren-GO, após análise da legalidade e lisura do processo eleitoral, por meio de Portaria da Presidência.

Art. 37. Após realizadas todas as ações educativas, sensibilizadoras, e cumpridos os prazos legais para inscrição de candidaturas para a CEE, e não havendo interessados para o pleito, a Comissão Eleitoral deverá encaminhar os documentos para a Comissão de Ética do Coren-GO o chefe da DE que indique profissionais para compor a CEE, respeitando os critérios do artigo 6º, por designação.

§1º Caso o número de interessados aptos e eleitos para a CEE seja inferior ao quantitativo estabelecido neste regimento por categoria, o chefe da DE deverá designar profissionais para completar o colegiado da CEE.

§2º Toda a documentação deverá ser autuada de forma cronológica e encaminhada à Comissão de Ética do Coren-GO para os trâmites legais.

Art. 38. A homologação da composição da CEE ocorrerá mediante Portaria da Presidência do Coren- GO, após análise do processo eleitoral pelo Plenário do Coren-GO.

Art. 39. Os membros da CEE serão empossados em cerimônia oficial pela Presidência do Coren-GO ou por representante designado para a formalidade.

Parágrafo único. Somente após a cerimônia de posse, os membros da CEE estarão autorizados a iniciar as atividades e trabalhos da Comissão.

Capítulo VII

Posse da Comissão (homologação, posse)

Art. 40. A homologação da composição da CEE ocorrerá mediante Portaria da Presidência do Coren- GO, após análise do processo eleitoral pelo Plenário do Coren-GO.

Art. 41. Os membros da CEE serão empossados em cerimônia oficial pela Presidência do Coren-GO ou por representante designado para a formalidade.

Parágrafo único. Somente após a cerimônia de posse, os membros da CEE estarão autorizados a iniciar as atividades e trabalhos da Comissão.

Capítulo VIII

Disposições Gerais

Art. 42. A CEE norteará suas atividades pelo regimento interno e pelas normas ético-legais estabelecidas pelo Cofen e Coren-GO.

Art. 43. Este regimento poderá ser alterado por proposta da CEE, do chefe da DE ou da Comissão de Ética do Coren-GO.

Art. 44. Os casos omissos serão resolvidos pela Comissão de Ética do Coren-GO, através de consulta oficial pelo e-mail.

Data, _____

_____

Diretor da unidade

Membros

_____

_____

ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE- HMTJ	
GERÊNCIA GERAL / DIRETORIA TÉCNICA / DIRETORIA CLÍNICA	
Título: Planilha para Cronograma de Implantação da Comissão de Ética de Enfermagem	

Item	O que deverá ser feito?	Por que será feito?	Como será feito?	Por quem será feito?	Quando será feito?
1	Iniciar processo de eleição dos membros para a Comissão	Por obrigatoriedade (conforme conselho de enfermagem) de acordo com necessidade;	Através de eleição de membros da equipe médica seguindo recomendações do conselho	Gerencia de enfermagem	Mês 1 e mês 2
2	Elaborar Regimento Interno da Comissão	Para oferecer suporte e orientação especializada para a o funcionamento da comissão	Será solicitado aos representantes eleitos pelo processo eleitoral	A própria comissão	Mês 2
3	Reuniões ordinárias;	Desenvolver atividade educativa através de discussões e análises dos casos e condutas assistenciais da categoria.	Divulgações e orientações sobre temas relativos à Ética de enfermagem, padronização e importância dos registros da categoria.	Membros da comissão	Mês 2
4	Supervisionar, orientar e avaliar na Instituição o exercício ético e legal da atividade de enfermagem.	Para oferecer segurança na assistência prestada pela equipe de enfermagem.	Verificação de situação cadastral da equipe de enfermagem junto ao conselho.	A própria Comissão	Mês 3
5	Reuniões ordinárias;	Desenvolver atividade educativa através de discussões e análises dos casos e condutas	Divulgações e orientações sobre temas relativos à Ética de enfermagem, padronização e	Membros da comissão	Mês 3

		assistenciais da categoria.	importância dos registros da categoria.		
6	Instaurar sindicância, quando houver indícios de infração ao Código de Ética de Enfermagem ou por solicitação do COREN	Instruir e formular relatório circunstanciado acerca da situação Apurada, quando identificada	Encaminhando-o ao COREN, sem emitir juízo de valor a respeito dos fatos que Apurar.	Membros da Comissão	Mês 4
7	Reuniões ordinárias;	Desenvolver atividade educativa através de discussões e análises dos casos e condutas assistenciais da categoria.	Divulgações e orientações sobre temas relativos à Ética de enfermagem, padronização e importância dos registros da categoria.	Membros da comissão	Mês 4
8	Reuniões ordinárias;	Desenvolver atividade educativa através de discussões e análises dos casos e condutas assistenciais da categoria.	Divulgações e orientações sobre temas relativos à Ética de enfermagem, padronização e importância dos registros da categoria.	Membros da comissão	Mês 5
9	Reuniões ordinárias;	Desenvolver atividade educativa através de discussões e análises dos casos e condutas assistenciais da categoria.	Divulgações e orientações sobre temas relativos à Ética de enfermagem, padronização e importância dos registros da categoria.	Membros da comissão	Mês 6
10	Reuniões ordinárias;	Desenvolver atividade	Divulgações e	Membros da	Mês 7

		educativa através de discussões e análises dos casos e condutas assistenciais da categoria.	orientações sobre temas relativos à Ética de enfermagem, padronização e importância dos registros da categoria.	comissão	
11	Reuniões ordinárias;	Desenvolver atividade educativa através de discussões e análises dos casos e condutas assistenciais da categoria.	Divulgações e orientações sobre temas relativos à Ética de enfermagem, padronização e importância dos registros da categoria.	Membros da comissão	Mês 8
12	Reuniões ordinárias;	Desenvolver atividade educativa através de discussões e análises dos casos e condutas assistenciais da categoria.	Divulgações e orientações sobre temas relativos à Ética de enfermagem, padronização e importância dos registros da categoria.	Membros da comissão	Mês 9
13	Reuniões ordinárias;	Desenvolver atividade educativa através de discussões e análises dos casos e condutas assistenciais da categoria.	Divulgações e orientações sobre temas relativos à Ética de enfermagem, padronização e importância dos registros da categoria.	Membros da comissão	Mês 10
14	Reuniões ordinárias;	Desenvolver atividade educativa através de discussões e análises	Divulgações e orientações sobre temas relativos à Ética	Membros da comissão	Mês 11

		dos casos e condutas assistenciais da categoria.	de enfermagem, padronização e importância dos registros da categoria.		
15	Elaborar relatórios de ações da comissão e planejamento de ações futuras.	Subsidiar melhorias de processos e análises de dados.	Análise global das ações empreendidas durante o ano e propostas de melhorias baseadas nas experiências vivenciadas	Membros da comissão e Gerencia de enfermagem.	Mês 12

10.2.2: ÁREA DA QUALIDADE

Qualidade Objetiva: Avalia medidas da proposta de trabalho para implantação de comissões

COMISSÃO DE BIOSSEGURANÇA

INTRODUÇÃO

A Comissão de Biossegurança do Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado - HERSO, tem como objetivo conscientizar as equipes de trabalho na prevenção, em especial, por agentes biológicos, ou mesmo pela incorporação de novas tecnologias e insumos que afetem diretamente os aspectos de saúde, mitigando os riscos gerados.

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.

DAS COMPETÊNCIAS DA COMISSÃO

Art. 1° Compete à Comissão:

I. Promover a conscientização na redução dos riscos e danos potenciais à saúde, seja na proteção do meio-ambiente pela manipulação e descarte de resíduos químicos, tóxicos e infectantes;

II. Promover ações voltadas à prevenção, minimização ou eliminação de riscos inerentes às atividades prestadas na instituição;

III. Monitoramento por meio de outras comissões que fiscalizam as atividades laboratoriais e controle de risco (saúde humana e ambiente), como a Comissão de Gerenciamento de Resíduos em Serviços de Saúde, Comissão de Controle de Infecção Hospitalar, Comissão Interna de Prevenção de Acidentes, entre outras.

DA COMPOSIÇÃO

Art. 2° A composição mínima da Comissão de Biossegurança do HERSO deverá ser composta por membros de diferentes setores e função na instituição, contendo no mínimo um membro da Segurança do Paciente e três enfermeiros, entretanto, conforme a necessidade da Instituição, este número poderá ser maior.

A depender da direção do hospital, poderá haver representantes dos serviços abaixo definidos:

I. Emergência;

II. Serviço de Clínica Médica;

III. Serviço de Cirurgia/ Ortopedia;

IV. Serviço de Laboratório;

V. Serviço de CME/ Bloco Cirúrgico

Art. 3° Para a realização dos trabalhos da comissão, os membros deverão ser dispensados de suas atividades assistenciais por tempo a ser definido pela diretoria. O tempo mínimo de dedicação por membro será definido pela Diretoria Técnica, de acordo com as necessidades e perfil da unidade.

DAS ATRIBUIÇÕES

Art. 4° O mandato desta Comissão de Biossegurança será indeterminado, podendo ser substituído a qualquer tempo quando direção 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.

Art. 5° 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;

III. Realizar visitas inspecionais nos setores no objetivo de identificar situações/problemas;

IV. Normatizar e fiscalizar as ações de biossegurança;

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:

Art. 6° 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:

Art. 7° 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:

Art. 8° 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;
V. Preparar correspondência;
VI. Realizar outras funções determinadas pelo presidente relacionadas ao serviço da secretaria.

DO FUNCIONAMENTO

Art. 9° Deverão ocorrer reuniões periódicas com data, local e horário previamente definidos e informados via e-mail institucional, sendo no mínimo realizadas reuniões mensais.

§ 1° A ausência de um membro em duas reuniões consecutivas sem justificativa ou ainda quatro reuniões não consecutivas sem justificativa durante 12 meses gera sua exclusão automática.

§ 2° Na ausência do presidente ou de seu vice, os membros da comissão, a seus critérios, poderão realizar a reunião.

Art. 10 As decisões da comissão serão tomadas após aprovação, por meio de votação aberta e justificada por maioria simples dos membros presentes.

Art. 11 Para apreciação e estudos preliminares de assuntos específicos será designado um relator ou convidado, o qual apresentará parecer sobre o assunto, em prazo pré-estabelecido. Da mesma forma, poderão ser convidados outros profissionais para participar das reuniões, desde que autorizado em plenária prévia.

Art. 12 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 VicePresidente, desde que haja denúncia de situação de risco grave e iminente que determine aplicação de medidas corretivas de emergência, e também quando houver solicitação expressa de uma das representações.

Art. 13 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.

METODOLOGIA

Art 14 A seguinte metodologia:

I. Estabelecimento de prioridades após análise situacional
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.

DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 15 Este Regimento poderá ser aprimorado mediante necessidade constatada pelos membros da Comissão, com anuência da Superintendência.

Art. 16 As resoluções da Comissão terão caráter normativo e deverão ser cumpridas por todos os integrantes da instituição.

Art. 17 Revogam-se as disposições em contrário.

Art. 18 Este Regimento Interno entrará em vigor após publicação no boletim de Serviço do HERSO.

Art. 19 Este Regimento poderá ser alterado por eventuais exigências de adoção de novas legislações pertinentes ao assunto.

Título: Planilha para Cronograma de Implantação da Comissão de Biossegurança

Item	O que deverá ser feito?	Por que será feito?	Como será feito?	Por quem será feito?	Quando será feito?
1	Criar a Comissão de Biossegurança	Por obrigatoriedade (conforme legislação) de acordo com necessidade;	Através de eleição de membros atuantes no serviço.	SESMT	Mês 1
2	Reuniões ordinárias;	Acompanhar o perfil de acidentes biológicos e ou com perfurocortantes e analisar os casos junto ao SESMT, e propostas de melhorias.	Acompanhar padronização de materiais e equipamentos utilizados para saúde e o perfil de acidentes ocorridos e mapear possibilidade de melhorias no serviço.	Membros da comissão	Mês 1
3	Elaborar Regimento Interno da Comissão	Para oferecer suporte e orientação das atividades.	Será solicitado ao SESMT e representantes eleitos.	A própria comissão	Mês 2
4	Reuniões ordinárias;	Acompanhar o perfil de acidentes biológicos e ou com perfurocortantes e analisar os casos junto ao SESMT, e propostas de melhorias.	Acompanhar padronização de materiais e equipamentos utilizados para saúde e o perfil de acidentes ocorridos e mapear possibilidade de melhorias no serviço.	Membros da comissão	Mês 2
5	Visitas nos setores;	Acompanhar as práticas in locu com foco na segurança do colaborador e	Monitorando a prática e orientações aos profissionais das normas do serviço frente a utilização de dispositivos	Membros da comissão	Mês 3

		alinhar as boas práticas de segurança para evitar acidentes.	com segurança e EPIs.		
6	Reuniões ordinárias;	Acompanhar o perfil de acidentes biológicos e ou com perfurocortantes e analisar os casos junto ao SESMT, e propostas de melhorias.	Acompanhar padronização de materiais e equipamentos utilizados para saúde e o perfil de acidentes ocorridos e mapear possibilidade de melhorias no serviço.	Membros da comissão	Mês 3
7	Padronização de insumos para saúdes;	Propor reuniões frequentes de padronização junto aos serviços assistenciais	Acompanhar padronização de materiais e equipamentos utilizados para saúde e o perfil de acidentes ocorridos e mapear possibilidade de melhorias no serviço.	Membros da comissão/Representantes de Compras/Farmácias/Enfermagem	Mês 4
8	Reuniões ordinárias;	Apresentar os casos de acidentes ocorridos, análises de casos, e propostas de melhorias.	Divulgação o perfil de acidentes ocorridos e mapear possibilidade de melhorias no serviço com padronização de materiais e revisão de processos.	Membros da comissão	Mês 4 Mês 5 Mês 6 Mês 7 Mês 8 Mês 9 Mês 10 Mês 11
9	Reuniões ordinárias;	Apresentar relatórios das atividades desenvolvidas no ano e propostas de melhorias próximo ciclo.	Divulgação de resultados e identificação de oportunidades de melhorias bem como: capacitação, padronização de insumos e mudanças de fluxos e processos vivenciados com a prática do Serviço	Membros da comissão	Mês 12

10.2.2: ÁREA DA QUALIDADE

Qualidade Objetiva: Avalia medidas da proposta detrabalho para implantação de comissões

COMISSÃO DE INFECÇÃO HOSPITALAR

REGIMENTO INTERNO DA COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR

CAPÍTULO I DAS DENOMINAÇÕES

Art. 1º A Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) do Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado – HERSO é um órgão criado, conforme portaria Nº 196 do Ministério da Saúde que institui a implantação das comissões de controle de infecção em todo país, independentemente de sua natureza jurídica.

CAPÍTULO II DAS FINALIDADES

Art. 2º A Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) é um órgão normativo de caráter permanente e tem por finalidade a prevenção e controle das Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS).

Art. 3º A CCIH executa o Programa de Controle de Infecção Hospitalar (PCIH) que é o conjunto de ações desenvolvidas deliberada e sistematicamente, com vistas a redução máxima possível da incidência e da gravidade das IRAS.

Art. 4º A CCIH destina-se ao assessoramento da direção.

CAPÍTULO III DA CONSTITUIÇÃO E ORGANIZAÇÃO

Art. 4º A CCIH é composta por membros consultores e executores.

§ 1º Os membros consultores são representantes dos seguintes serviços:

I – Médico.

II – Enfermagem.

III – Farmácia.

IV - Laboratório de microbiologia.

V – Administração.

VI - Unidades de terapia intensiva.

VII - Serviço de higienização e gestão de resíduos.

§ 1º Os membros executores representam o Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH) e são encarregados da execução das ações programadas de Controle de Infecção Hospitalar.

É constituída pelos seguintes profissionais:

I - Médicos Infectologistas

II – Enfermeiros.

III - Técnicos e Auxiliares de Enfermagem.

Art. 5º Os membros têm um mandato pelo período de 4 anos, podendo ser reconduzidos.

Art. 6º A O coordenador da CCIH será qualquer um dos membros consultores e executores, indicado pela superintendência do hospital.

CAPÍTULO IV DAS DESIGNAÇÕES

Art. 7º Os membros da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) serão designados pelo Diretor do Hospital através de portaria.

CAPÍTULO V DAS ATRIBUIÇÕES E COMPETÊNCIAS

Art. 8º São atribuições da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar:

I - Elaborar, implementar, manter e avaliar o PCIH, adequado às características e necessidades da instituição, contemplando, no mínimo, ações relativas a:

II - Implantação de um Sistema de Vigilância Epidemiológica das IRAS, de acordo com o Anexo III, da Portaria 2616/98 MS.

III - Capacitação do quadro de funcionários e profissionais da instituição, no que diz respeito à prevenção e controle de IRAS.

IV - Uso racional de antimicrobianos, germicidas e materiais médico-hospitalares.

V - Avaliar, periódica e sistematicamente, as informações providas pelo Sistema de Vigilância Epidemiológica das IRAS e aprovar as medidas de controle propostas pelos membros executores do CCIH.

VI - Realizar investigação epidemiológica de casos e surtos, sempre que indicado, e implantar medidas imediatas de controle, e notificar o Serviço de Vigilância Epidemiológica do organismo de gestão do SUS.

VII - Elaborar e divulgar, regularmente relatórios e comunicar, periodicamente, à autoridade máxima da instituição e às chefias dos setores do hospital, a situação do controle de IRAS, promovendo seu amplo debate na comunidade hospitalar.

VIII - Elaborar, implementar e supervisionar a aplicação de normas e rotinas técnico-operacionais, visando limitar a disseminação de agentes presentes nas infecções em curso no hospital, por meio de medidas de precaução e de isolamento.

IX - Adequar, implementar e supervisionar a aplicação de normas e rotinas técnico-operacionais, visando à prevenção e ao tratamento das IRAS.

X - Definir, em cooperação com a Comissão de Medicamentos, e Comissão de padronização de materiais, política de utilização de antimicrobianos, germicidas e materiais médico-hospitalares para a instituição.

XI - Cooperar com o setor de treinamento ou responsabilizar-se pelo treinamento, com vistas a obter capacitação adequada do quadro de funcionários e profissionais, no que diz respeito ao controle das IRAS.

XII - Elaborar e atualizar regimento interno para a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar.

XIII - Cooperar com a ação do órgão de gestão do SUS, bem como fornecer prontamente as informações epidemiológicas solicitadas pelas autoridades competentes.

XIV - Notificar ao Serviço de Vigilância Epidemiológica e Sanitária do organismo de gestão do SUS, os casos e surtos diagnosticados ou suspeitos de infecção associada à utilização de insumos e/ou produtos industrializados.

Art. 9º São atribuições do Presidente da Comissão, além de outras instituídas neste regimento ou que decorram de suas funções ou prerrogativas:

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, previamente aprovados pelos membros desta.

V - Fazer cumprir o regimento.

§ 1º Nas decisões da comissão, além do seu voto, terá o voto de qualidade (voto de Minerva).

§ 2º Nas faltas e impedimentos legais do presidente, assumirá seu vice-presidente. As atribuições do vice-presidente serão assumir as atividades do presidente na sua ausência.

Art. 10 São atribuições e competências oficial administrativo da Comissão:

I - Organizar a ordem do dia.

II - Receber e protocolar os processos e expedientes.

III - Lavrar a ata das sessões/reuniões.

IV - Convocar os membros da comissão para as reuniões determinadas pelo presidente. V - Organizar e manter o arquivo da comissão.

VI - Preparar a correspondência.

VII - Realizar outras funções determinadas pelo presidente relacionadas ao serviço desta secretaria.

Art. 11 São competências da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar:

I - Fazer executar, pelo Serviço de Controle de Infecção as suas determinações.

II - Fazer o controle, por relatórios, estatísticas, comunicações, solicitações e/ou outros meios que considerar necessário, das suas determinações e alcance dos objetivos propostos.

III - Tomar as providencias necessárias para administração de pacientes, sempre que houver grande risco de infecção comunitária (catástrofes, epidemias, calamidades).

IV - Propor soluções para os problemas em estudo.

V - Informar à Direção modificações parciais ou totais que se fizerem necessárias ao presente regimento;

VI - Propor à Direção modificações parciais ou totais que se fizeram necessárias ao presente regimento.

VII - Convocar ou convidar as Chefias de Unidades/Serviços o cumprimento das normas, diretrizes e orientações preconizadas.

VIII - Divulgar campanhas educativas para o público interno e externo.

CAPÍTULO VI DO FUNCIONAMENTO

Art. 12 A Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) reunir-se-á mensalmente, na terceira sexta-feira de cada mês, as 10h em sala de reuniões.

O agendamento será realizado pelo secretário e comunicado a todos os membros via e-mail com uma semana de antecedência.

§ 1º É obrigatória a participação nestas reuniões do Serviço de Controle de Infecção;

§ 2º É obrigatória a presença de todos os integrantes da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar, sob pena de responsabilidade, salvo motivo de imperiosa impossibilidade;

§ 3º As reuniões se realizarão com a presença dos integrantes da Comissão de Controle de Infecção na proporção de metade e mais um na primeira chamada, ou em segunda chamada quinze minutos após com qualquer número de participantes.

Art. 13 A Comissão de Controle de Infecção Hospitalar reunir-se-á extraordinariamente, por convocação do Superintendente ou do Presidente da Comissão, nas mesmas condições exigidas nos parágrafos anteriores do Art. 12.

Art. 14 Os assuntos submetidos à apreciação da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar serão relatados por qualquer dos membros, especificamente designados.

Art. 15 A Comissão de Controle de Infecção Hospitalar manterá registro em ata circunstanciada de suas reuniões e deliberações (temas, proposições, planejamento e conclusões).

Art. 16 As matérias a serem estudadas terão prazos de conclusão e prioridade pré-estabelecidos pela Presidência da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar.

Art. 17 Os assuntos tratados pela comissão deverão ser guardados em sigilo ético por todos os membros.

CAPÍTULO VII DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 18 A Comissão de Controle de Infecção Hospitalar está subordinada à Direção, possuindo autonomia de ação limitada, devendo suas determinações serem observadas e cumpridas por todas as Unidades/Serviços e pessoas que exerçam suas atividades no HERSO, após serem referendadas pela direção.

Art. 19 Às infrações ao artigo anterior serão aplicadas as medidas administrativas necessária a cada caso.

Art. 20 A Comissão de Controle de Infecção Hospitalar deverá ter seus instrumentos administrativos e organizacionais aprovados pela Superintendência, mediante publicação através de portaria.

Art. 21 Os casos não previstos neste regimento serão estudados pela Comissão de Controle de Infecção Hospitalar e levados à consideração da direção.

Art. 22 Com a aprovação do presente regimento também ficam aprovados os demais instrumentos administrativo-organizacionais (Organogramas hierárquico e de serviço, Fluxogramas, Normas, Rotinas, Roteiros e Impressos, entre outros).

Art. 23 O presente regimento entrará em vigor na data de sua publicação, revogando-se as disposições em contrário.

Título: Planilha para Cronograma de Implantação da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar

Item	O que deverá ser feito?	Por que será feito?	Como será feito?	Por quem será feito?	Quando será feito?
1	Criar a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar	Por obrigatoriedade (conforme legislação) de acordo com necessidade;	Através de eleição de membros da equipe médica e de enfermagem do serviço e equipe multiprofissional.	Infectologista do SCIH	Mês 1
2	Reuniões ordinárias;	Alinhar com as equipes e alta direção as medidas de prevenção empreendidas em congruência com o panorama e perfil de pacientes atendidos/internado, reforçando as normas e atualizando as rotas e fluxos adequados.	Divulgação e orientações sobre temas relativos às visitas diárias nas unidades assistências com foco em fortalecimento da adesão às práticas de segurança e prevenção de IRAS.	Membros da comissão	Mês 2
3	Atualizar os protocolos inerentes a esta comissão	Atualizar as normas e rotinas do serviço baseadas em boas práticas.	Através de pesquisa sistemática da legislação pertinente, portarias e em fontes cientificas reconhecidas e atualizadas.	Membros da comissão	Mês 2
4	Reuniões ordinárias;	Alinhar com as equipes e alta	Divulgação e orientações sobre temas relativos às	Membros da comissão	Mês 3

		direção as medidas de prevenção empreendidas em congruência com o panorama e perfil de pacientes atendidos/internado, reforçando as normas e atualizando as rotas e fluxos adequados.	visitas diárias nas unidades assistências com foco em fortalecimento da adesão às práticas de segurança e prevenção de IRAS.		
5	Monitorar os relatórios de análise de ar e água	Avaliar os relatórios e monitorar a qualidade do ar e água.	Controle, prevenção, elaboração de relatório mensal e alimentação de planilha do estado.	A própria Comissão e Serviço terceirizado de laboratórios de análises	Mês 3
6	Reuniões ordinárias;	Alinhar com as equipes e alta direção as medidas de prevenção empreendidas em congruência com o panorama e perfil de pacientes atendidos/internado, reforçando as normas e atualizando as rotas e fluxos adequados.	Divulgação e orientações sobre temas relativos às visitas diárias nas unidades assistências com foco em fortalecimento da adesão às práticas de segurança e prevenção de IRAS.	Membros da comissão	Mês 4
7	Promover capacitações aos colaboradores do hospital com assuntos relacionados às IRAS;	Desenvolver atividade educativa através de discussões e análises e orientações /condutas com foco	Promover a atualização dos colaboradores, com base nos protocolos de controle de infecções sobre a importância de	Membros da comissão	Mês 4

		em prevenção de IRAS.	práticas seguras na assistência à saúde.		
8	Reuniões ordinárias;	Alinhar com as equipes e alta direção as medidas de prevenção empreendidas em congruência com o panorama e perfil de pacientes atendidos/internado, reforçando as normas e atualizando as rotas e fluxos adequados.	Divulgação e orientações sobre temas relativos às visitas diárias nas unidades assistências com foco em fortalecimento da adesão às práticas de segurança e prevenção de IRAS.	Membros da comissão	Mês 5
9	Realizar busca ativa para identificação de IRAS e controle de dispositivos invasivos	Facilitar o processo de fechamento de IRAS e fortalecer interrelação com os setores.	Por meio de inspeção visual, registrada em impresso próprio. Análise de prontuários, exames laboratoriais e de imagem. Evolução diária para posterior realização do relatório mensal de IRAS do setor e busca fonada quando necessário.	Membros da Comissão	Mês 5
10	Reuniões ordinárias;	Alinhar com as equipes e alta direção as medidas de prevenção empreendidas em congruência com o	Divulgação e orientações sobre temas relativos às visitas diárias nas unidades assistências com foco em	Membros da comissão	Mês 6

		panorama e perfil de pacientes atendidos/internado, reforçando as normas e atualizando as rotas e fluxos adequados.	fortalecimento da adesão às práticas de segurança e prevenção de IRAS.		
11	Realizar campanhas educativas;	Desenvolver por meio de atividade educativa ou treinamentos temas voltados para as campanhas nacionais e do serviço.Exemplo : Maio - dia mundial de higiene das mãos; Setembro- dia da Sepse de discussões e análises dos casos e condutas assistenciais da categoria.	Alertar os colaboradores sobre a importância da adoção de medidas seguras na prática assistencial.	Membros da comissão	Mês 6
12	Reuniões ordinárias;	Alinhar com as equipes e alta direção as medidas de prevenção empreendidas em congruência com o	Divulgação e orientações sobre temas relativos às visitas diárias nas unidades assistências com foco em	Membros da comissão	Mês 7

		panorama e perfil de pacientes atendidos/internado, reforçando as normas e atualizando as rotas e fluxos adequados.	fortalecimento da adesão às práticas de segurança e prevenção de IRAS.		
13	Divulgar as taxas de IRAS das diferentes áreas assistenciais (adulto, pediátrica);	Dar ciência aos setores quantos as resultados compilados de infecções por topografias.	Divulgação das taxas de IRAS em reunião mensal da comissão e através do sistema (pasta setores-unidade de vigilância em saúde – taxas de infecção Alimentação de planilhas, encaminhamento de notificações aos órgãos competentes e elaboração de indicadores de infecção pré-estabelecidos.	Membros da comissão	Mês 7
14	Reuniões ordinárias;	Alinhar com as equipes e alta direção as medidas de prevenção empreendidas em congruência com o panorama e perfil de pacientes atendidos/internado, reforçando as normas e atualizando as rotas	Divulgação e orientações sobre temas relativos às visitas diárias nas unidades assistências com foco em fortalecimento da adesão às práticas de segurança e prevenção de IRAS.	Membros da comissão	Mês 8

		e fluxos adequados.			
15	Avaliar antissépticos e saneantes;	Padronizar produto para desinfecção de superfícies analisando custo-benefício.	Avaliar se o produto recebido está em conformidade com o descritivo e emitir parecer.	Membros da comissão	Mês 8
16	Reuniões ordinárias;	Alinhar com as equipes e alta direção as medidas de prevenção empreendidas em congruência com o panorama e perfil de pacientes atendidos/internado, reforçando as normas e atualizando as rotas e fluxos adequados.	Divulgação e orientações sobre temas relativos às visitas diárias nas unidades assistências com foco em fortalecimento da adesão às práticas de segurança e prevenção de IRAS.	Membros da comissão	Mês 9
17	Promover a Investigação/controle de surtos;	Contribuir com o controle de surtos nos setores e fortalecer medidas de prevenção.	Por meio de monitoramento, avaliação e detecção do aumento da incidência de agentes patogênicos em determinado local e tempo, e procedendo a investigação das possíveis causas, e elaboração do plano de ação em conjunto com	Membros da comissão	Mês 9

			setores envolvidos e chefias responsáveis.		
18	Reuniões ordinárias;	Alinhar com as equipes e alta direção as medidas de prevenção empreendidas em congruência com o panorama e perfil de pacientes atendidos/internado, reforçando as normas e atualizando as rotas e fluxos adequados.	Divulgação e orientações sobre temas relativos às visitas diárias nas unidades assistências com foco em fortalecimento da adesão às práticas de segurança e prevenção de IRAS.	Membros da comissão	Mês 10
19	Realizar visitas técnicas em todas os setores;	Realização periódica de visitas técnicas nas Unidades, para verificação do cumprimento dos protocolos e da legislação específica de Controle de IRAS.	Elaboração de relatório com as inconformidades encontradas e sugestões de melhorias.	Membros da comissão	Mês 10
20	Avaliar o perfil de sensibilidade microbiana;	Acompanhar resultado das culturas solicitadas nas unidades e disponibilizadas diariamente pelo laboratório	Registrado em planilha própria e documento entregue no setor, com assinatura do enfermeiro, para ser anexado ao prontuário.	Membros da comissão	Mês 11
	Reuniões ordinárias;	Alinhar com as equipes e alta	Divulgação e orientações sobre temas relativos às	Membros da comissão	Mês 11

		direção as medidas de prevenção empreendidas em congruência com o panorama e perfil de pacientes atendidos/internado, reforçando as normas e atualizando as rotas e fluxos adequados.	visitas diárias nas unidades assistências com foco em fortalecimento da adesão às práticas de segurança e prevenção de IRAS.		
21	Realizar controle de antimicrobianos de uso restrito;	Acompanhar prescrições fora da padronização.	Avaliação da solicitação de antimicrobianos, fornecendo orientações para sua utilização, considerando a pressão seletiva, custo e tempo de uso.	Membros da comissão	Mês 12
22	Elaborar relatórios de ações da comissão e planejamento de ações futuras.	Subsidiar melhorias de processos e análises de dados.	Análise global das ações empreendidas durante o ano e propostas de melhorias baseadas nas experiências vivenciadas	Membros da comissão e Diretoria.	Mês 12

10.2.2: ÁREA DA QUALIDADE

Qualidade Objetiva: Avalia medidas da proposta de trabalho para implantação de comissões

COMISSÃO DE ANÁLISE E REVISÃO DE PRONTUÁRIOS

REGIMENTO INTERNO DA COMISSÃO REVISÃO DE PRONTUÁRIOS

CAPÍTULO I DA NATUREZA E FINALIDADE

Art. 1º A Comissão Revisão de Prontuários (CRP) é um órgão criado para atender a resolução do CFM 1638/2002, que torna obrigatória a criação dessa Comissão nos estabelecimentos e/ou instituições de saúde onde se presta assistência médica.

Art. 2º A Comissão Revisão de Prontuários (CRP) é vinculada à Direção do Hospital, e deverá ser criada a partir de portaria emitida pela mesma, com caráter técnico cientifico com fins de subsidiar conhecimentos relevantes a Instituição.

Art. 3º A Comissão Revisão de Prontuários (CRP) do Hospital tem por finalidade dispor de um conjunto de padrões apropriados para garantir a qualidade das informações da assistência no registro dos cuidados prestados, bem como a segurança legal e jurídica da informação registrada no prontuário do paciente.

Art. 4º Define-se prontuário médico como o documento único constituído de um conjunto de informações, sinais e imagens registradas, geradas a partir de fatos, acontecimentos e situações sobre a saúde do paciente e a assistência a ele prestada, de caráter legal, sigiloso e científico, que possibilita a comunicação entre membros da equipe multiprofissional e a continuidade da assistência prestada ao indivíduo.

Art. 5º A Comissão Revisão de Prontuários (CRP) reger-se-á por este regimento, devidamente aprovado pelos membros que a compõem.

CAPÍTULO II DOS OBJETIVOS

Art. 6º A Comissão Revisão de Prontuários (CRP) tem os seguintes objetivos:

I - Revisar o prontuário do paciente.

II - Identificar as não conformidades nos registros e regularizá-las.

III - Comunicar aos responsáveis os registros não conformes encontrados.

IV - Garantir a qualidade das informações registradas no Prontuário do Paciente, durante a internação, de modo que reflita, com exatidão, a assistência prestada e responda às necessidades de docência, investigação e estatísticas dos estabelecimentos de saúde.

CAPÍTULO III DA COMPOSIÇÃO E ORGANIZAÇÃO

Art. 7º A Comissão Revisão de Prontuários (CRP) do Hospital será composto por profissionais do corpo clínico, da área assistencial e da área administrativa.

Art. 8º Os membros da comissão deverão ser disponibilizados de suas atividades para atendimento às demandas da CRP em comum acordo entre as chefias das Unidade e a Diretoria Técnica.

Art. 9º O mandato será por período indeterminado podendo ser alterada conforme definição da Direção.

Art. 10 A relação dos membros de cada mandato deverá ser publicada através de portaria expedida pela Direção, em Boletim de Serviço, bem como a substituição de qualquer membro, a qualquer momento.

Art. 11 O presidente e o vice-presidente da comissão serão designados pela Direção.

Art. 12 A Comissão será assessorada pela Unidade de Apoio Corporativo/direção e usufruirá de sua infraestrutura administrativa.

Art. 13 A Comissão de Revisão de Prontuários deverá manter estreita relação com a Comissão de Ética Médica.

CAPÍTULO IV DAS COMPETÊNCIAS

Art. 14 A Comissão de Revisão de Prontuário (CRP) compete:

I - Realizar o diagnóstico situacional da qualidade dos prontuários, com a avaliação dos itens que deverão constar obrigatoriamente no prontuário, 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, com prescrição médica, 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, com assinatura e carimbo ou nome legível do médico e respectiva inscrição CRM;

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;

f) transferências entre blocos e outras unidades hospitalares;

g) tipo de alta.

II - Normatizar o preenchimento das contra referências conforme orientação da Direção Clínica e Direção Técnica.

III - Criar e aprovar normas que regulamente o fluxo de prontuários da instituição.

IV - Recomendar inclusão e exclusão de formulários, impressos e sistemas, bem como a conservação dos prontuários visando a qualidade dos mesmos.

V - Identificar, quantificar e qualificar o uso do Aplicativo de Gestão Hospitalar Universitário.

VI - Assessorar a Direção Técnica ou Clínica da Instituição em assuntos de sua competência.

VII - Manter estreita relação com a Comissão de Ética Médica da Unidade com a qual deverão ser discutidos os resultados das avaliações feitas.

VIII. Definir anualmente metas de melhorias e suas estratégias, sempre buscando a qualidade com atuação de Educação Permanente.

IX - Assegurar a responsabilidade do preenchimento, guarda e manuseio dos prontuários, que cabem ao médico assistente, à chefia da equipe, à chefia da Clínica e à Direção técnica da unidade.

Art. 15 São atribuições do Presidente da Comissão:

a) convocar e presidir as reuniões;

b) representar a comissão junto à Diretoria da instituição, ou indicar seu representante;

c) subscrever todos os documentos e resoluções da comissão previamente aprovados pelos membros desta;

d) fazer cumprir o regimento;

e) nas decisões da comissão, além do seu voto, terá o voto de qualidade (voto de Minerva);

f) as faltas e impedimentos legais do presidente, assumirá seu vice-presidente;

g) as atribuições do vice-presidente serão assumir as atividades do presidente na sua ausência

Art. 16 As reuniões da Comissão de Revisão de Prontuário (CRP) acontecerão de forma ordinária mensalmente, na primeira quarta-feira do mês e, extraordinariamente, sempre que necessário, por convocação de seu Presidente, Vice-Presidente ou, ainda, pelo Diretor Técnico ou pelo Diretor Clínico, sob as seguintes condições:

I - As decisões serão aprovadas pela maioria simples dos presentes, por meio de votação aberta e justificada.

II - O Presidente terá direito ao voto de qualidade em decisões.

III - Todos os assuntos discutidos serão registrados em Ata, contendo: data e hora, nome e assinatura dos membros presentes, resumo do expediente, decisões tomadas a ser colocado no SEI, posteriormente.

IV - Para apreciação e estudos preliminares de assuntos específicos, quando houver necessidade, será designado um relator ou convidado um consultor, o qual apresentará parecer sobre o assunto, em prazo preestabelecido.

Da mesma forma poderão ser convidados outros profissionais gabaritados para participar das reuniões, desde que autorizado em plenária prévia.

V - Na ausência do presidente, o vice assume suas funções na reunião. Na ausência do vice cabe ao secretário presidir a reunião.

Art. 17 A ausência de um membro em 3 reuniões consecutivas sem justificativa ou, ainda, 6 reuniões não consecutivas sem justificativa durante 12 meses, gera sua exclusão automática.

Art. 18 Os assuntos tratados pela comissão deverão ser guardados em sigilo ético por todos os membros.

CAPÍTULO VI DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 19 Os casos omissos, não previstos neste regimento serão resolvidos pelos membros da CRP, em conjunto com o Diretor Técnico da instituição.

Art. 20 O presente regimento poderá ser alterado por eventuais exigências de adoção de novas legislações pertinentes ao assunto.

Art. 21 O presente regimento entrará em vigor na data de sua publicação, revogando-se as disposições em contrário.

ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE- HMTJ
GERÊNCIA GERAL / DIRETORIA TÉCNICA / DIRETORIA CLÍNICA
Título: Planilha para Cronograma de Implantação da Comissão de Análise e Revisão de Prontuários

Item	O que deverá ser feito?	Por que será feito?	Como será feito?	Por quem será feito?	Quando será feito?
1	Criar comissão	Por obrigatoriedade (conforme portaria) de acordo com necessidade;	Através de eleição de membros da equipe multiprofissional	Gerencia geral	Mês 1 e mês 2
2	Reuniões ordinárias;	Acompanhamento dos registros e levantamento de não conformidades com registros em planilhas	Envio de não conformidades para áreas/profissionais identificados	Membros da comissão	Mês 3
3	Realizar Regimento Interno	Para organização da Comissão e de seus trabalhos;	Será solicitado ao Núcleo de Comissões, representantes das Clínicas necessárias	A própria Comissão	Mês 3 e mês 4
4	Reuniões ordinárias;	Acompanhamento dos registros e levantamento de não conformidades com registros em planilhas	Envio de não conformidades para áreas/profissionais identificados	Membros da comissão	Mês 4
3	Aprovação do regimento interno	Para estabelecer normas, procedimentos e demais elementos operacionais de fluxos de prontuários;	Através de Resolução do Colegiado Executivo e publicação em Boletim de Serviço	Membro da Comissão	Mês 5
4	Reuniões ordinárias;	Acompanhamento dos registros e levantamento de não conformidades	Envio de não conformidades para áreas/profissionais identificados	Membros da comissão	Mês 5

		com registros em planilhas			
5	Realizar a revisão de uma amostra de prontuários de cada setor do hospital	Para analisar a qualidade do registro nos prontuários e buscar indicadores para melhora dos processos	Através do instrumento de análise de informações adotado pela Comissão	Membros da comissão	Mês 6 e mês 7
6	Reuniões ordinárias;	Acompanhamento dos registros e levantamento de não conformidades com registros em planilhas	Envio de não conformidades para áreas/profissionais identificados	Membros da comissão	Mês 6
7	Reuniões ordinárias;	Acompanhamento dos registros e levantamento de não conformidades com registros em planilhas	Envio de não conformidades para áreas/profissionais identificados	Membros da comissão	Mês 7
8	Fiscalizar, conjuntamente com a Comissão de Mortalidade Materna e Perinatal e de Avaliação de Óbitos, o adequado registro e preenchimento das	Para cumprir as exigências legais;	Através de análise e avaliação de cada declaração de óbito;	Membros da comissão	Mês 8
9	Reuniões ordinárias;	Acompanhamento dos registros e levantamento de não conformidades com registros em planilhas	Envio de não conformidades para áreas/profissionais identificados	Membros da comissão	Mês 6
10	Reuniões ordinárias;			Membros da comissão	Mês 9 e mês 10
11	Reuniões ordinárias;	Acompanhamento dos registros e	Envio de não conformidades para	Membros da comissão	Mês 9

		levantamento de não conformidades com registros em planilhas	áreas/profissionais identificados		
12	Reuniões ordinárias;	Acompanhamento dos registros e levantamento de não conformidades com registros em planilhas	Envio de não conformidades para áreas/profissionais identificados	Membros da comissão	Mês 10
13	Reuniões ordinárias;	Acompanhamento dos registros e levantamento de não conformidades com registros em planilhas	Envio de não conformidades para áreas/profissionais identificados	Membros da comissão	Mês 11
14	Reuniões ordinárias e Elaboração de relatórios de ações da comissão e planejamento de ações futuras.	Analisar os registros e levantamento de não conformidades para implementação de melhorias de processos	Apresentação para alta direção dos dados anuais e ações impreendidas	Membros da comissão	Mês 12



10.2.2: ÁREA DA QUALIDADE

Qualidade Objetiva: Avalia medidas da proposta de trabalho para implantação de comissões

COMISSÃO DE VERIFICAÇÃO DE ÓBITOS

CAPÍTULO I: DA DENOMINAÇÃO

Art. 1º A Comissão de Revisão de Óbitos foi criada em atendimento a determinação da Resolução Interministerial MEC/MS Nº 2.400 de 2 de outubro de 2007, que torna obrigatório a existência da Comissão de Avaliação de Óbitos nas instituições de saúde, e da Resolução do Conselho Federal de Medicina CFM n° 2.171/2017.

Art. 2º A atuação da Comissão é técnico-científica, sigilosa, não podendo ser coercitiva ou punitiva.

Parágrafo único. As diretrizes para as ações investigatórias e educativas serão definidas nas reuniões da Comissão e motivadas pelo Presidente em exercício.

CAPÍTULO II DAS FINALIDADES

Art. 3º São finalidades da Comissão de Revisão de Óbitos :

I. Analisar os óbitos ocorridos na unidade, revisando todos os procedimentos e condutas profissionais realizadas, bem como a qualidade das informações dos atestados de óbitos.

II. Analisar laudos de necropsia realizados no Serviço de Verificação de Óbitos ou no Instituto Médico Legal, quando necessário.

III. Encaminhar para análise do Diretor Técnico da Instituição os casos que necessitem de esclarecimentos em relação às condutas médicas adotadas e este se necessário, encaminhará os casos para a Comissão de Ética Médica (quando esta estiver implantada no hospital), que deverá observar as disposições da Resolução CFM n 22.152 /2016 e, ausência desta, ao Conselho Regional de Medicina. Quando necessários esclarecimentos de condutas adotadas por outros profissionais de saúde que atenderam o paciente, o caso deve ser encaminhado aos conselhos profissionais dosprofissionais envolvidos.

IV. Ser um órgão de assessoria diretamente vinculado à autoridade máxima da Instituição.

CAPÍTULO III DA COMPOSIÇÃO

Art. 4º A Comissão será composta por membros do quadro funcional do hospital, e deverá ser nomeada em portaria da Superintendência publicada no Boletim de Serviço da Instituição:

§ 1º A comissão deverá ser composta por no mínimo 3 (três) membros, sendo médico, enfermeiro e outro profissional da área de saúde.

§ 2º Caso a Comissão seja formada por mais de 3 (três) membros, pode haver no

máximo 2 (dois) enfermeiros e 3 (três) médicos.

§ 3º Outros profissionais da saúde, além de médicos e enfermeiros, poderão compora Comissão de Revisão de Óbito, sendo 1 (um) representante por profissão.

§ 4º O presidente da Comissão de Revisão de Óbitos será obrigatoriamente médico.

§ 5º A comissão será composta por um representante de cada unidade existente no servi
ço:

I. Representante da Unidade de Pronto Atendimento;
II. Representante da Unidade de Terapia Intensiva;
III. Representante da Unidades de Internação;
IV. Representante da Unidade de Apoio Diagnóstico;
V. Representante do Setor de Vigilância em Saúde e Segurança do Paciente;
VI. Representante da Unidade da Equipe Multiprofissional.

CAPÍTULO I

DO MANDATO

Art. 5º A duração do mandato da Comissão de Revisão de Óbitos será de no máximo 30 (trinta) meses, com os membros só podendo ser substituídos neste período a pedido. Em caso de substituição dos membros, os nomes dos substitutos deverão ser encaminhados a Superintendência, via Direção Técnica, para aprovação e alteração da Portaria de nomeação.

Parágrafo único. Ao término do mandato, a Direção Técnica poderá renovar a Comissão em parte ou na totalidade de seus membros.

CAPÍTULO V - DO FUNCIONAMENTO E ORGANIZAÇÃO

Art. 6º A Comissão de Avaliação de Óbitos deverá reunir-se a cada três meses, podendo realizar reuniões extraordinárias sempre que necessário, com pauta, data, local e horário previamente definidos e comunicados.

§ 1º Os membros da Comissão que deixarem de comparecer a três reuniões consecutivas ou a cinco intercaladas, no período de um ano, e que não apresentarem justificativa até o início da reunião, serão removidos da Comissão e será solicitada à Chefia da Divisão Médica (Direção Técnica) uma nova indicação;

§ 2º No caso da saída de um membro da Comissão, o Presidente comunicará à Direção Técnica que indicará um novo representante para análise, aprovação e nomeação via superintendência;

§ 3º As reuniões da Comissão serão registradas em ata, que deverá ser arquivada, constando data, horário, nome e assinatura dos membros presentes, resumo do expediente e decisões que foram deliberadas;

§ 4º Para apreciação e estudos preliminares de assuntos específicos, bem como de normas de preenchimento e qualidade do atestado de óbito, será designado um relator, convidado, ou consultor, que deverá apresentar parecer sobre o assunto, em prazo pré-estabelecido em reunião.

Art. 7º Quando ausente o Presidente e o Vice-Presidente, o Secretário conduzirá a reunião;

Art. 8º As decisões da Comissão serão tomadas por meio de votação aberta e justificadas por voto da maioria simples dos membros presentes;

Art. 9º Os membros da Comissão de Revisão de Óbitos estão obrigados a manter a privacidade, a confidencialidade e o sigilo das informações contidas no prontuário em análise;

Art.10. Além das reuniões ordinárias, poderão ser realizadas reuniões extraordinárias para tratar de assuntos que exijam discussões emergentes ou urgentes.

Parágrafo único. As reuniões extraordinárias poderão ser convocadas pelo Presidente, pelo Vice-Presidente, na ausência do presidente, ou pela maioria dos membros;

Art. 11. Após a reunião, uma cópia da ata, devidamente assinada, deve ser disponibilizada eletronicamente para acesso do Diretor Técnico.

Art. 12. Os instrumentos utilizados pela Comissão para a avaliação serão escolhidos/elaborados de acordo com os dados mínimos exigidos pela legislação;

§ 1º Será utilizado um formulário parapadronizar e sistematizar as avaliações.

Art. 13. A Comissão de Revisão de Óbito emitirá anualmente relatório detalhado sobre o perfil epidemiológico dos óbitos ocorridos na instituição, que deverá ser entregue à DireçãoTécnica para as providências necessárias.

CAPÍTULO VI DAS ATRIBUIÇÕES

Art. 14. Os óbitos analisados pela Comissão de Revisão de Óbito que necessitem esclarecimentos em relação as condutas médicas adotadas devem ser encaminhadas ao diretor técnico da instituição para análise e este, se necessário, encaminhará os casos para a Comissão de Ética Médica da instituição, que deverá observar as disposições da Resolução CFM nº 2.152/2016. (RESOLUÇÃO CFM nº 2.171/2017)

Art. 15. São atribuições dos membros da Comissão de Revisão de Óbitos:

I. Analisar e emitir parecer sobre os assuntos que lhes forem enviados;

II. A análise da conduta do médico assistente ao paciente falecido deverá ser feita obrigatoriamente por médico componente da Comissão de Revisão de Óbito, sendo vedada a análise da conduta médica por outro profissional não médico membro da Comissão

III. Não compete ao médico membro da Comissão de Revisão de Óbitos, ao analisar a conduta do médico que assistiu ao paciente, emitir juízo de valor em relação à imperícia, imprudência ou negligência, pois esta competência é exclusiva dos Conselhos de Medicina. Parágrafo único. O médico membro da Comissão de Revisão de Óbito, ao analisar a conduta do médico que assistiu o paciente, deve se limitar a elaborar relatório conclusivo de forma circunstancial, exclusivamente dos fatos analisados.

IV. É vedado a utilização do termo morte evitável para os casos de óbitos que necessitem de esclarecimentos em relação às condutas adotadas pelos profissionais que atenderamo paciente.

V. Parágrafo único. Estes casos devem ser classificados como óbito a esclarecer.

VI. Elaborar, conjuntamente com a Comissão de Revisão de prontuários, normas para auditoria e revisão dos prontuários de pacientes que foram a óbito e realizar a revisão dos prontuários relacionados aos óbitos;

VII. Normatizar e fiscalizar o adequado registro e preenchimento dos atestados de óbito.

VIII. Emitir parecer técnico ou relatório e/ou relatório estatístico, quando solicitado pela Direção Técnica e/ou Comissão de Ética Médica ou outro serviço interessado, desde que observadas as normas de sigilo ético das informações;

IX. Assessorar a alta governança da Instituição em assuntos de sua competência;

X. Definir anualmente metas de melhorias e suas estratégias, sempre buscando a qualidade e definir estratégias de educação permanente;

XI. Desenvolver atividades de caráter técnico-científico com fins de subsidiar conhecimentos relevantes aos colaboradores e à instituição.

Art. 16. São atribuições do Presidente da Comissão e do Vice-presidente, na ausência do presidente:

I. Convocar e presidir as reuniões;

II. Sugerir seu substituto à Direção Técnica da Instituição;

III. Representar a comissão junto à alta governança da Instituição, ou indicar seu representante;

IV. Subscrever todos os documentos resoluções da comissão, previamente aprovados pelos membros;

V. Fazer cumprir o regimento;

VI. Ter o voto de qualidade nas decisões da comissão, além do seu voto.

Art. 17. São atribuições da secretaria da Comissão:

I. Organizar a ordem do dia;

II. Receber e protocolar os processos e expedientes;

III. Lavrar a ata das sessões/reuniões;

IV. Convocar os membros da comissão para as reuniões ordinárias ou extraordinárias;

CAPÍTULO VII - DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 18. Os casos omissos serão resolvidos pelos membros da Comissão, em conjuntocom a Chefe da Divisão Médica, Gerência de Atenção à Saúde e Superintendência.

Art. 19. Este regimento poderá ser alterado por eventuais exigências de adoção de novas legislações pertinentes ao assunto.

Art. 20. O regimento entrará em vigor após aprovação do Colegiado Executivo e publicação no Boletim de Serviço do HERSO entra em vigor na data de sua aprovação e publicação.

ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE- HMTJ
GERÊNCIA GERAL / DIRETORIA TÉCNICA / DIRETORIA CLÍNICA
Título: Planilha para Cronograma de Implantação da Comissão de Verificação de Óbitos;

Item	O que deverá ser feito?	Por que será feito?	Como será feito?	Por quem será feito?	Quando será feito?
1	Criar a Comissão	Por obrigatoriedade (conforme portaria) de acordo com necessidade;	Através de eleição de membros da equipe multiprofissional	Gerencia geral	Mês 1 e mês 2
2	Elaborar Regimento Interno da Comissão	Para oferecer suporte e orientação especializada para a equipe assistencial	Será solicitado ao Núcleo de Comissões, representantes das áreas administrativas e assistenciais	A própria comissão	Mês 2
2	Divulgar o andamento dos trabalhos da Comissão	Para dar início as atividades, discutir as pautas pertinentes	Através de relatórios gerencias apresentados em todas reuniões do serviço.	A própria Comissão	Mensalmente
	Normatizar e fiscalizar o adequado registro e preenchimento das declarações de óbito	Para oferecer suporte e orientação especializada para a equipe assistencial	Avaliação periódica das declarações de óbito	Membros da Comissão	Mês 3
3	Desenvolver atividades de caráter técnico- científico	Para dar amplo conhecimento das atividades da Comissão em meio à instituição	Notificações aos profissionais para melhorias de registros	Membros da Comissão	Mês 5
4	Reuniões ordinárias	Garantir a fidedignidade dos dados apresentados	Através do instrumento de análise de	Membros da comissão	Mês 6 e mês 7

			informações		
5	Lançamentos de indicadores de óbitos institucionais e globais	Acompanhamento do perfil de óbitos ocorridos na instituição e correlações clínicas e permanências	Relatórios emitidos em prontuário eletrônico e sistema de gestão da qualidade	Membros da comissão	Mensalmente
6	Reuniões ordinárias;	Monitorar o andamento dos registros e dar suporte às áreas	Atas de reunião constando as ações de melhorias e planejamentos de ações futuras	Membros da comissão	Mês 9 e mês 10
7	Elaboração de ferramentas para análise de óbito padronizada;	Otimizar o processo de verificação de óbitos e padronizar o relatório	Formulário dinâmico em prontuário eletrônico	Membros da comissão e CSTI	Mês 11
8	Reuniões ordinárias;	Monitorar o andamento dos registros e dar suporte às áreas	Atas de reunião constando as ações de melhorias e planejamentos de ações futuras	Membros da comissão	Mês 12
9	Elaborar relatórios de ações da comissão e planejamento de ações futuras.	Subsidiar melhorias de processos e análises de dados.	Análise do perfil de óbito anual e propostas de melhorias baseadas nas evidências	Membros da comissão e Direção Clínica.	Mês 12

10.2.2: ÁREA DA QUALIDADE

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

COMISSÃO INTERNA DE PREVENÇÃO DE ACIDENTES - CIPA

COMISSÃO INTERNA DE PREVENÇÃO DE ACIDENTES - CIPA

REGIMENTO DA COMISSÃO INTERNA DE PREVENÇÃO DE ACIDENTES - CIPA

DO OBJETIVO

5.1 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.

DA CONSTITUIÇÃO

5.2 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.

5.3 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.

5.4 As empresas instaladas em centro comercial ou industrial estabelecerão, através de membros de CIPA ou designados, mecanismos de integração com objetivo de promover o desenvolvimento de ações de prevenção de acidentes e doenças decorrentes do ambiente e instalações de uso coletivo, podendo contar com a participação da administração do mesmo.

DA ORGANIZAÇÃO

5.6 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.

5.6.1 Os representantes dos empregadores, titulares e suplentes, serão por eles designados.

5.6.2 Os representantes dos empregados, titulares e suplentes, serão eleitos em escrutínio secreto, do qual participem, independentemente de filiação sindical, exclusivamente os empregados interessados.

5.6.3 O número de membros titulares e suplentes da CIPA, considerando a ordem decrescente de votos recebidos, observará o dimensionamento previsto no Quadro I desta NR, ressalvadas as alterações disciplinadas em atos normativos de setores econômicos específicos.

5.6.4 Quando o estabelecimento não se enquadrar no Quadro I, a empresa designará um responsável pelo cumprimento dos objetivos desta NR, podendo ser adotados mecanismos de participação dos empregados, através de negociação coletiva.

5.7 O mandato dos membros eleitos da CIPA terá a duração de um ano, permitida uma reeleição.

5.8 É vedada a dispensa arbitrária ou sem justa causa do empregado eleito para cargo de direção de Comissões Internas de Prevenção de Acidentes desde o registro de sua candidatura até um ano após o final de seu mandato.

5.9 Serão garantidas aos membros da CIPA condições que não descaracterizem suas atividades normais na empresa, sendo vedada a transferência para outro estabelecimento sem a sua anuência, ressalvado o disposto nos parágrafos primeiro e segundo do artigo 469, da CLT.

5.10 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 analisadas na CIPA.

5.11 O empregador designará entre seus representantes o Presidente da CIPA, e os representantes dos empregados escolherão entre os titulares o vice-presidente.

5.12 Os membros da CIPA, eleitos e designados serão, empossados no primeiro dia útil após o término do mandato anterior.

5.13 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.

5.14 A documentação referente ao processo eleitoral da CIPA, incluindo as atas de eleição e de posse e o calendário anual das reuniões ordinárias, deve ficar no estabelecimento à disposição da fiscalização do Ministério do Trabalho e Emprego. (Alterado pela Portaria SIT n.º 247, de 12 de julho de 2011)

5.14.1 A documentação indicada no item 5.14 deve ser encaminhada ao Sindicato dos Trabalhadores da categoria, quando solicitada. (Inserido pela Portaria SIT n.º 247, de 12 de julho de 2011)

5.14.2 O empregador deve fornecer cópias das atas de eleição e posse aos membros titulares e suplentes da CIPA, mediante recibo. (Inserido pela Portaria SIT n.º 247, de 12 de julho de 2011)

5.15 A CIPA não poderá ter seu número de representantes reduzido, bem como não poderá ser desativada pelo empregador, antes do término do mandato de seus membros, ainda que haja redução do número de empregados da empresa, exceto no caso de encerramento das atividades do estabelecimento. (Alterado pela Portaria SIT n.º 247, de 12 de julho de 2011)

DAS ATRIBUIÇÕES

5.16 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 dos trabalhadores;

h) requerer ao SESMT, quando houver, ou ao empregador, 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.

5.17 Cabe ao empregador proporcionar aos membros da CIPA os meios necessários ao desempenho de suas atribuições, garantindo tempo suficiente para a realização das tarefas constantes do plano de trabalho.

5.18 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 empregador 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.

5.19 Cabe ao Presidente da CIPA:

a) convocar os membros para as reuniões da CIPA;

b) coordenar as reuniões da CIPA, encaminhando ao empregador e ao SESMT, quando houver, as decisões da comissão;

c) manter o empregador informado sobre os trabalhos da CIPA;

d) coordenar e supervisionar as atividades de secretaria;

e) delegar atribuições ao Vice-Presidente;

5.20 Cabe ao Vice-Presidente:

a) executar atribuições que lhe forem delegadas;

b) substituir o Presidente nos seus impedimentos eventuais ou nos seus afastamentos temporários;

5.21 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.

5.22 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.

DO FUNCIONAMENTO

5.23 A CIPA terá reuniões ordinárias mensais, de acordo com o calendário preestabelecido.

5.24 As reuniões ordinárias da CIPA serão realizadas durante o expediente normal da empresa e em local apropriado.

5.25 As reuniões da CIPA terão atas assinadas pelos presentes com encaminhamento de cópias para todos os membros.

5.26 As atas devem ficar no estabelecimento à disposição da fiscalização do Ministério do Trabalho e Emprego. (Alterado pela Portaria SIT n.º 247, de 12 de julho de 2011)

5.27 Reuniões extraordinárias deverão ser realizadas quando:

a) houver denúncia de situação de risco grave e iminente que determine aplicação de medidas corretivas de emergência;

b) ocorrer acidente do trabalho grave ou fatal;

c) houver solicitação expressa de uma das representações.

5.28 As decisões da CIPA serão preferencialmente por consenso.

5.28.1 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.

5.29 Das decisões da CIPA caberá pedido de reconsideração, mediante requerimento justificado.

5.29.1 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.

5.30 O membro titular perderá o mandato, sendo substituído por suplente, quando faltar a mais de quatro reuniões ordinárias sem justificativa.

5.31 A vacância definitiva de cargo, ocorrida durante o mandato, será suprida por suplente, obedecida a ordem de colocação decrescente que consta na ata de eleição, devendo os motivos ser registrados em ata de reunião. (Alterado pela Portaria SIT n.º 247, de 12 de julho de 2011)

5.31.1 No caso de afastamento definitivo do presidente, o empregador indicará o substituto, em dois dias úteis, preferencialmente entre os membros da CIPA.

5.31.2 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.

5.31.3 Caso não existam suplentes para ocupar o cargo vago, o empregador deve realizar eleição extraordinária, cumprindo todas as exigências estabelecidas para o processo eleitoral, exceto quanto aos prazos, que devem ser reduzidos pela metade. (Inserido pela Portaria SIT n.º 247, de 12 de julho de 2011)

5.31.3.1 O mandato do membro eleito em processo eleitoral extraordinário deve ser compatibilizado com o mandato dos demais membros da Comissão. (Inserido pela Portaria SIT n.º 247, de 12 de julho de 2011)

5.31.3.2 O treinamento de membro eleito em processo extraordinário deve ser realizado no prazo máximo de trinta dias, contados a partir da data da posse. (Inserido pela Portaria SIT n.º 247, de 12 de julho de 2011)

DO TREINAMENTO

5.32 A empresa deverá promover treinamento para os membros da CIPA, titulares e suplentes, antes da posse.

5.32.1 O treinamento de CIPA em primeiro mandato será realizado no prazo máximo de trinta dias, contados a partir da data da posse.

5.32.2 As empresas que não se enquadrem no Quadro I, promoverão anualmente treinamento para o designado responsável pelo cumprimento do objetivo desta NR.

5.33 O treinamento para a CIPA deverá contemplar, no mínimo, os seguintes itens:

a) estudo do ambiente, das condições de trabalho, bem como dos riscos originados do processo produtivo;

b) metodologia de investigação e análise de acidentes e doenças do trabalho;

c) noções sobre acidentes e doenças do trabalho decorrentes de exposição aos riscos existentes na empresa;

d) noções sobre a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida – AIDS, e medidas de prevenção;

e) noções sobre as legislações trabalhista e previdenciária relativas à segurança e saúde no trabalho;

f) princípios gerais de higiene do trabalho e de medidas de controle dos riscos;

g) organização da CIPA e outros assuntos necessários ao exercício das atribuições da Comissão.

5.34 O treinamento terá carga horária de vinte horas, distribuídas em no máximo oito horas diárias e será realizado durante o expediente normal da empresa.

5.35 O treinamento poderá ser ministrado pelo SESMT da empresa, entidade patronal, entidade de trabalhadores ou por profissional que possua conhecimentos sobre os temas ministrados.

5.36 A CIPA será ouvida sobre o treinamento a ser realizado, inclusive quanto à entidade ou profissional que o ministrará, constando sua manifestação em ata, cabendo à empresa escolher a entidade ou profissional que ministrará o treinamento.

5.37 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.

DO PROCESSO ELEITORAL

5.38 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.

5.38.1 A empresa estabelecerá mecanismos para comunicar o início do processo eleitoral ao sindicato da categoria profissional.

5.39 O Presidente e o Vice Presidente da CIPA constituirão dentre seus membros, no prazo mínimo de 55 (cinqüenta 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. 5.39.1 Nos estabelecimentos onde não houver CIPA, a Comissão Eleitoral será constituída pela empresa.

5.40 O processo eleitoral observará as seguintes condições:

a) publicação e divulgação de edital, em locais de fácil acesso e visualização, no prazo mínimo de 45 (quarenta e cinco) dias antes do término do mandato em curso;

b) inscrição e eleição individual, sendo que o período mínimo para inscrição será de quinze dias;

c) liberdade de inscrição para todos os empregados do estabelecimento, independentemente de setores ou locais de trabalho, com fornecimento de comprovante;

d) garantia de emprego para todos os inscritos até a eleição;

e) realização da eleição no prazo mínimo de 30 (trinta) dias antes do término do mandato da CIPA, quando houver;

f) realização de eleição em dia normal de trabalho, respeitando os horários de turnos e em horário que possibilite a participação da maioria dos empregados.

g) voto secreto;

h) apuração dos votos, em horário normal de trabalho, com acompanhamento de representante do empregador e dos empregados, em número a ser definido pela comissão eleitoral;

i) faculdade de eleição por meios eletrônicos;

j) guarda, pelo empregador, de todos os documentos relativos à eleição, por um período mínimo de cinco anos.

5.41 Havendo participação inferior a cinqüenta 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.

5.42 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.

5.42.1 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.

5.42.2 Em caso de anulação a empresa convocará nova eleição no prazo de cinco dias, a contar da data de ciência, garantidas as inscrições anteriores.

5.42.3 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.

5.43 Assumirão a condição de membros titulares e suplentes, os candidatos mais votados.

5.44 Em caso de empate, assumirá aquele que tiver maior tempo de serviço no estabelecimento.

5.45 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.

DAS CONTRATANTES E CONTRATADAS

5.46 Quando se tratar de empreiteiras ou empresas prestadoras de serviços, considera-se estabelecimento, para fins de aplicação desta NR, o local em que seus empregados estiverem exercendo suas atividades.

5.47 Sempre que duas ou mais empresas atuarem em um mesmo estabelecimento, a CIPA ou designado da empresa contratante deverá, em conjunto com as das contratadas ou com os designados, definir mecanismos de integração e de participação de todos os trabalhadores em relação às decisões das CIPA existentes no estabelecimento.

5.48 A contratante e as contratadas, que atuem num mesmo estabelecimento, deverão implementar, de forma integrada, medidas de prevenção de acidentes e doenças do trabalho, decorrentes da presente NR, de forma a garantir o mesmo nível de proteção em matéria de segurança e saúde a todos os trabalhadores do estabelecimento

5.49 A empresa contratante adotará medidas necessárias para que as empresas contratadas, suas CIPA, os designados e os demais trabalhadores lotados naquele estabelecimento recebam as informações sobre os riscos presentes nos ambientes de trabalho, bem como sobre as medidas de proteção adequadas.

5.50 A empresa contratante adotará as providências necessárias para acompanhar o cumprimento pelas empresas contratadas que atuam no seu estabelecimento, das medidas de segurança e saúde no trabalho.

DISPOSIÇÕES F INAIS

QUADRO I

Dimensionamento de CIPA

*GRUPOS	N° de Empregados no Estabelecimento N° de Membros da CIPA	0 a 19	20 a 29	30 a 50	51 a 80	81 a 100	101 a 120	121 a 140	141 a 300	301 a 500	501 a 1000	1001 a 2500	2501 a 5000	5001 a 10.000	Acima de 10.000 para cada grupo de 2.500 acrescentar
C-1	Efetivos		1	1	3	3	4	4	4	4	6	9	12	15	2
	Suplentes		1	1	3	3	3	3	3	3	4	7	9	12	2
C-1a	Efetivos		1	1	3	3	4	4	4	4	6	9	12	15	2
	Suplentes		1	1	3	3	3	3	3	4	5	8	9	12	2
C-2	Efetivos		1	1	2	2	3	4	4	5	6	7	10	11	2
	Suplentes		1	1	2	2	3	3	4	4	5	6	7	9	1
C-3	Efetivos		1	1	2	2	3	3	4	5	6	7	10	10	2
	Suplentes		1	1	2	2	3	3	4	4	5	6	8	8	2
C-3a	Efetivos				1	1	2	2	2	3	3	4	5	6	1
	Suplentes				1	1	2	2	2	3	3	3	4	5	1
C-4	Efetivos			1	1	1	1	1	2	2	2	3	5	6	1
	Suplentes			1	1	1	1	1	2	2	2	3	4	4	1
C 5	Efetivos		1	1	2	3	3	4	4	4	6	9	9	11	2
	Suplentes		1	1	2	3	3	3	4	4	5	7	7	9	2
C-5a	Efetivos				1	1	2	2	2	3	3	4	6	7	1
	Suplentes				1	1	2	2	2	3	3	3	4	5	1
C-6	Efetivos		1	1	2	3	3	4	5	5	6	8	10	12	2
	Suplentes		1	1	2	3	3	3	4	4	4	6	8	10	2
*GRUPOS	N° de Empregados no Estabelecimento N° de Membros da CIPA	0 a 19	20 a 29	30 a 50	51 a 80	81 a 100	101 a 120	121 a 140	141 a 300	301 a 500	501 a 1000	1001 a 2500	2501 a 5000	5001 a 10.000	Acima de 10.000 para cada grupo de 2.500 acrescentar
C-7	Efetivos				1	1	2	2	2	2	3	4	5	6	1
	Suplentes				1	1	2	2	2	2	3	3	4	4	1
C-7a	Efetivos		1	1	2	2	3	3	4	5	6	8	9	10	2
	Suplentes		1	1	2	2	3	3	3	4	5	7	8	8	2
C-8	Efetivos		1	1	2	2	3	3	4	5	6	7	8	10	1
	Suplentes		1	1	2	2	3	3	3	4	4	5	6	8	1
C-9	Efetivos				1	1	1	2	2	2	3	5	6	7	1
	Suplentes				1	1	1	2	2	2	3	4	4	5	1
C-10	Efetivos		1	1	2	2	3	3	4	4	5	8	9	10	2
	Suplentes		1	1	2	2	3	3	3	4	4	6	7	8	2
C-11	Efetivos		1	1	2	3	3	4	4	5	6	9	10	12	2
	Suplentes		1	1	2	3	3	3	3	4	4	7	8	10	2
C-12	Efetivos		1	1	2	3	3	4	4	5	7	8	9	10	2
	Suplentes		1	1	2	3	3	3	3	4	6	6	7	8	2
C-13	Efetivos		1	1	3	3	3	3	4	5	6	9	11	13	2
	Suplentes		1	1	3	3	3	3	3	4	5	7	8	10	2
C-14	Efetivos		1	1	2	2	3	4	4	5	6	9	11	11	2
	Suplentes		1	1	2	2	3	3	4	4	5	7	9	9	2
C-14a	Efetivos				1	1	2	2	2	3	3	4	5	6	1
	Suplentes				1	1	2	2	2	3	3	3	4	4	1
C-15	Efetivos		1	1	3	3	4	4	4	5	6	8	10	12	2
	Suplentes		1	1	3	3	3	3	3	4	4	6	8	10	2
C-16	Efetivos		1	1	2	3	3	3	4	5	6	8	10	12	2
	Suplentes		1	1	2	3	3	3	3	4	4	6	7	9	2
C-17	Efetivos		1	1	2	2	4	4	4	4	6	8	10	12	2
	Suplentes		1	1	2	2	3	3	3	4	5	7	8	10	2
C-18	Efetivos				2	2	4	4	4	4	6	8	10	12	2

ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE- HMTJ
GERÊNCIA GERAL / DIRETORIA TÉCNICA / DIRETORIA CLÍNICA
Título: Planilha para Cronograma de Implantação da Comissão Interna de Prevenção de Acidentes

Item	O que deverá ser feito?	Por que será feito?	Como será feito?	Por quem será feito?	Quando será feito?
1	Criar a Comissão Interna de Prevenção de Acidentes	Por obrigatoriedade (conforme legislação) de acordo com necessidade;	Através de eleição de membros atuantes no serviço.	SESMT	Mês 1
2	Reuniões ordinárias;	Apresentar os casos de acidentes ocorridos, análises de casos, e propostas de melhorias.	Divulgação o perfil de acidentes ocorridos e mapear possibilidade de melhorias no serviço com padronização de materiais e revisão de processos.	Membros da comissão	Mês 1
3	Elaborar Regimento Interno da Comissão	Para oferecer suporte e orientação das atividades.	Será solicitado ao SESMT e representantes eleitos.	A própria comissão	Mês 2
4	Reuniões ordinárias;	Apresentar os casos de acidentes ocorridos, análises de casos, e propostas de melhorias.	Divulgação o perfil de acidentes ocorridos e mapear possibilidade de melhorias no serviço com padronização de materiais e revisão de processos.	Membros da comissão	Mês 2
5	Visitas nos setores;	Acompanhar as práticas in locu com foco na segurança do colaborador e alinhar as boas práticas de segurança para evitar acidentes.	Monitorando a prática e orientações aos profissionais das normas do serviço frente as ações de prevenção de acidentes.	Membros da comissão	Mês 3
6	Reuniões ordinárias;	Apresentar os casos de acidentes ocorridos, análises de casos, e	Divulgação o perfil de acidentes ocorridos e mapear possibilidade de melhorias no serviço com padronização de materiais e	Membros da comissão	Mês 3

		propostas de melhorias.	revisão de processos.		
7	Disponibilização de EPIs	Para que os profissionais tenham equipamentos de proteção individual e executar a assistência com segurança.	Controlar a dispensação de EPIs em planilhas próprias e acompanhar vencimentos.	Membros da comissão	Mês 4
8	Reuniões ordinárias;	Apresentar os casos de acidentes ocorridos, análises de casos, e propostas de melhorias.	Divulgação o perfil de acidentes ocorridos e mapear possibilidade de melhorias no serviço com padronização de materiais e revisão de processos.	Membros da comissão	Mês 4
9	Reuniões ordinárias;	Apresentar os casos de acidentes ocorridos, análises de casos, e propostas de melhorias.	Divulgação o perfil de acidentes ocorridos e mapear possibilidade de melhorias no serviço com padronização de materiais e revisão de processos.	Membros da comissão	Mês 5 Mês 6 Mês 7 Mês 8 Mês 9 Mês 10 Mês 11
10	Reuniões ordinárias;	Apresentar relatórios das atividades desenvolvidas no ano e propostas de melhorias próximo ciclo.	Divulgação de resultados e identificação de oportunidades de melhorias bem como: capacitação, padronização de insumos e mudanças de fluxos e processos vivenciados com a prática do Serviço	Membros da comissão	Mês 12

10.2.2: ÁREA DA QUALIDADE

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

Serviço Especializado em Engenharia e Segurança em Medicina do trabalho (SESMT)

Introdução

Este Regimento Interno (RI) foi elaborado em conformidade com a norma regulamentadora 04 (NR 04) portaria de número 3214, de 8 de junho de 1978, que regulamentou a Lei N 6514 de dezembro de 1977, políticas institucionais e procedimentos realizados por todos os membros que compõem o Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho - SESMT

OBJETIVOS

O regulamento do Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e Medicina do trabalhotem como objetivo promover a saúde e proteger a integridade do trabalhador no local de trabalho para que isto seja possível é desenvolvido documentos e atividades descritas no documento abaixo:

A norma regulamentadora 04 (NR 04) da portaria de nº 3214, de 8 de junho de 1978, que regulamentou a Lei nº 6514 de dezembro de 1977 , instituiu o SESMT - Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho. O SESMT, agindo de forma preventiva, educativa e por vezes atuando na melhoria dos processos, o que proporciona aos trabalhadores um ambiente de trabalho mais seguro e saudável.

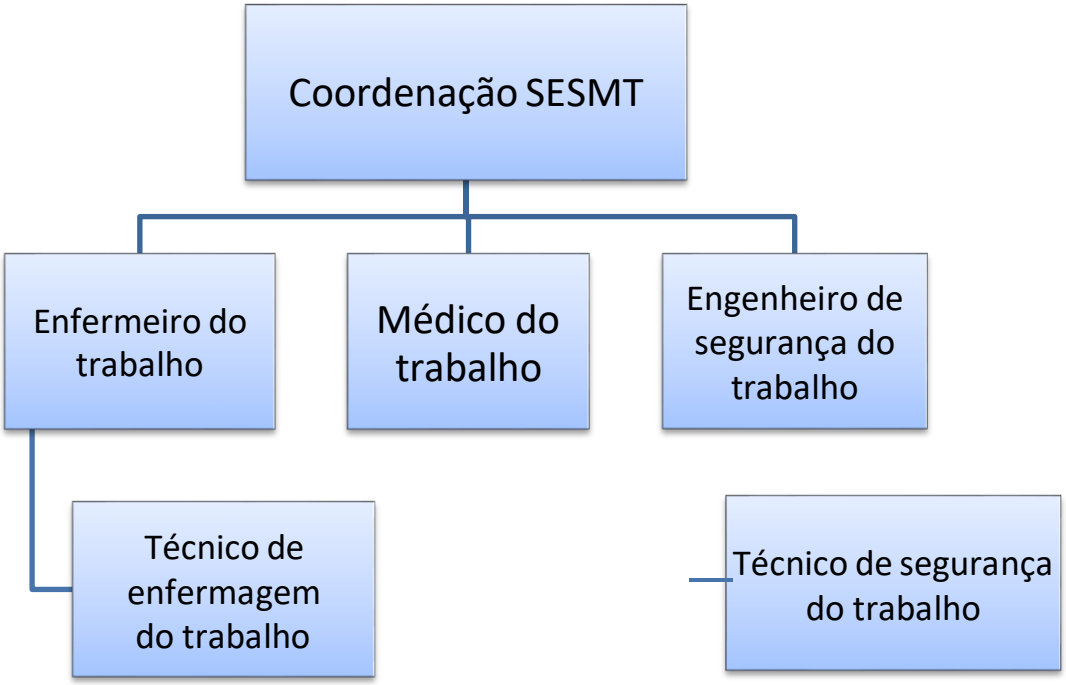
Aplicação

Enfermeiro do trabalho, Engenheiro de segurança do trabalho, Médico do trabalho, Técnico de enfermagem do trabalho e Técnico de segurança do trabalho.

Responsabilidades

É de responsabilidade dos profissionais que compõem o Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho, do Hospital e Maternidade Therezinha de Jesuss, observar o conteúdo deste regulamento interno.

Estrutura Organizacional



Formação especializada dos profissionais do SESMT:

1) Enfermeiro do trabalho - enfermeiro portador de certificado de conclusão de curso de especialização em Enfermagem do Trabalho, em nível de pós-graduação, ministrado por universidade ou faculdade que mantenha curso de graduação em enfermagem;
2) Engenheiro de segurança do trabalho - engenheiro ou arquiteto portador de certificado de conclusão de curso de especialização em Engenharia de Segurança do Trabalho, em nível de pósgraduação;
3) médico do trabalho - médico portador de certificado de conclusão de curso de especialização em Medicina do Trabalho, em nível de pós-graduação, ou portador de certificado de residência médica em área de concentração em saúde do trabalhador ou denominação equivalente, reconhecida pela Comissão Nacional de Residência Médica, do Ministério da Educação, ambos ministrados por universidade ou faculdade que mantenha curso de graduação em Medicina;

4) Técnico de enfermagem - portador de certificado de conclusão de curso de qualificação de técnico de enfermagem do trabalho, ministrado por instituição especializada reconhecida e autorizada pelo Ministério da Educação;
5) Técnico de segurança do trabalho - técnico portador de comprovação de registro profissional expedido pelo Ministério do Trabalho.

- **Competências dos profissionais especializados do SESMT, conforme NR 04**

1) elaborar ou participar da elaboração do inventário de riscos do Programa de Gerenciamento de Riscos - PGR;
2) acompanhar a implementação do plano de ação do Programa de Gerenciamento de Riscos - PGR;
3) implementar medidas de prevenção de acordo com a classificação de risco do PGR e na ordem de prioridade estabelecida na Norma Regulamentadora nº 01 (NR-01) - Disposições Gerais e Gerenciamento de Riscos Ocupacionais;
4) elaborar plano de trabalho e monitorar metas, indicadores e resultados de segurança e saúde no trabalho;
5) responsabilizar-se tecnicamente pela orientação quanto ao cumprimento do disposto nas NR aplicáveis às atividades executadas pela organização;
6) manter permanente interação com a Comissão Interna de Prevenção de Acidentes – CIPA;
7) promover a realização de atividades de orientação, informação e conscientização dos trabalhadores para a prevenção de acidentes e doenças relacionadas ao trabalho;
8) propor, imediatamente, a interrupção das atividades e a adoção de medidas corretivas e/ou de controle quando constatar condições ou situações de trabalho que estejam associadas a grave e iminente risco para a segurança ou a saúde dos trabalhadores;
9) conduzir ou acompanhar as investigações dos acidentes e das doenças relacionadas ao trabalho, em conformidade com o previsto no PGR;
10) acompanhar e participar nas ações do Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional - PCMSO, nos termos da Norma Regulamentadora nº 07 (NR-07).

- **Atribuições Profissionais:**

Enfermeiro do trabalho:

1) Desenvolver projetos e estratégias para prevenção de doenças relacionadas ao trabalho, sejam elas em decorrência da atividade realizada (doença ocupacional) ou das condições/ ambiente em que trabalham (doença do trabalho);
2) Conduzir pesquisas, fazer análises para prevenir doenças do trabalho, aplicar estratégias de controle e sugerir mudanças associadas a possíveis riscos ocupacionais;
3) Prestar atendimento de urgência no ambiente de trabalho em caso de acidentes ou mal súbito dos funcionários;
4) Zelar pelo programa de vacinação da instituição
5) Conduzir testes, como o de acuidade visual e auditiva, geralmente acompanhando o médico especialista;
6) Detectar e monitorar situações de perigo ao trabalhador;
7) Padronizar normas e procedimentos de enfermagem, além de elaborar relatórios técnicos pertinentes a sua especialidade;
8) Instruir os funcionários sobre os riscos relacionados às suas atividades, bem como a utilização de equipamentos de proteção individual e coletiva (EPIs e EPCs);
9) Colaborar com o planejamento e execução de projetos investigativos sobre a saúde dos funcionários;
10) Desenvolver palestras e materiais educativos relacionados a saúde do trabalhador
11) Desenvolver campanhas de prevenção de doenças e campanhas para qualidade de vida no trabalho

Engenheiro de Segurança do Trabalho:

1) Orientar tecnicamente os serviços de Engenharia de Segurança do Trabaho;
2) Estudar as condições de segurança dos locais de trabalho e das instalações e equipamentos, com vistas especialmente aos problemas de controle de risco, controle de poluição, higiene do trabalho, ergonomia **e** proteção contra incêndio.
3) Planejar e desenvolver a implantação de técnicas relativas a gerenciamento e controle de riscos;

4) Vistoriar, avaliar, realizar perícias, arbitrar, emitir parecer, laudos técnicos e indicar medidas de controle sobre grau de exposição a agentes agressivos de riscos físicos, químicos e biológicos, tais como poluentes atmosféricos, ruídos, calor, radiação em geral e pressões anormais, caracterizando as atividades, operações e locais insalubres e perigosos;

5) Analisar riscos, acidentes e falhas, investigando causas, propondo medidas preventivas e corretivas e orientando trabalhos estatísticos, inclusive com respeito a custo;

6) Propor políticas, programas, normas e regulamentos de Segurança do Trabalho, zelando pela sua observância;

7) Elaborar projetos de sistemas de segurança e assessorar a elaboração de projetos de obras, instalação e equipamentos, opinando do ponto de vista da Engenharia de Segurança;

8) Estudar instalações, máquinas e equipamentos, identificando seus pontos de risco e projetando dispositivos de segurança;

9) Projetar sistemas de proteção contra incêndios, coordenar atividades de combate a incêndio e de salvamento e elaborar planos para emergência e catástrofes;

10) Inspecionar locais de trabalho no que se relaciona com a segurança do Trabalho, delimitando áreas de periculosidade;

11) Especificar, controlar e fiscalizar sistemas de proteção coletiva e equipamentos de segurança, inclusive os de proteção individual e os de proteção contra incêndio, assegurando-se de sua qualidade e eficiência;

12) Opinar e participar da especificação para aquisição de substâncias e equipamentos cuja manipulação, armazenamento, transporte ou funcionamento possam apresentar riscos, acompanhando o controle do recebimento e da expedição;

13) Elaborar planos destinados a criar e desenvolver a prevenção de acidentes, promovendo a instalação de comissões e assessorando-lhes o funcionamento;
14) Orientar o treinamento específico de Segurança do Trabalho e assessorar a elaboração de programas de treinamento geral, no que diz respeito à Segurança do Trabalho;
15) Acompanhar a execução de obras e serviços decorrentes da adoção de medidas de segurança, quando a complexidade dos trabalhos a executar assim o exigir;
16) Colaborar na fixação de requisitos de aptidão para o exercício de funções, apontando os riscos decorrentes desses exercícios;
17) Propor medidas preventivas no campo da Segurança do Trabalho, em face do conhecimento da natureza e gravidade das lesões provenientes do acidente de trabalho, incluídas as doenças do trabalho;
18) Informar aos trabalhadores e à comunidade, diretamente ou por meio de seus representantes, as condições que possam trazer danos a sua integridade e as medidas que eliminam ou atenuam estes riscos e que deverão ser tomadas.

Médico do trabalho:

1) Estabelecer a orientação doutrinária e a modalidade de gestão das atividades médicas na empresa;
2) Supervisionar a administração e a execução das atividades de medicina do trabalho;
3) Elaborar normas e critérios para prestação de assistência médica.
4) Estabelecer critérios sobre a prestação de serviços técnico-científicos ou especializados, por pessoas físicas ou jurídicas.
5) Propor novas modalidades de trabalho e ações técnicas, decorrentes de atualização das determinações legais ou de avanços científicos.
6) Desenvolver e divulgar programas de educação para a saúde.
7) Mostrar à administração da empresa a necessidade dos órgãos médicos disporem de condições técnicas e materiais, para seu funcionamento.
8) Exercer outras atividades similares com o mesmo grau de complexidade.
9) (É médico do trabalho e pode concomitantemente exercer a atividade de supervisor médico):
10) Implantar ações médico-clínicas, preventivas, técnicas e de caráter administrativo na empresa.

11) Implantar e supervisionar as atividades de medicina do trabalho estabelecidas na legislação e na programação da empresa.
12) Fazer cumprir a Lei e o Código de Ética.

Técnico de enfermagem do trabalho:

1) Efetuar procedimentos de admissão:
2) Apresentar-se situando paciente no ambiente; arrolar pertences de paciente; controlar sinais vitais; mensurar paciente (peso, altura); higienizar paciente; fornecer roupa; conter paciente no leito; monitorar evolução de paciente.
3) Prestar assistência ao paciente:
4) Puncionar acesso venoso; trocar curativos; mudar decúbito no leito; aplicar bolsa de gelo e calor úmido e seco; estimular paciente (movimentos ativos e passivos); proceder à inaloterapia; oferecer comadre e papagaio; introduzir cateter naso-gástrico e vesical; remover o paciente.
5) Administrar medicação prescrita:
6) Verificar medicamentos recebidos; identificar medicação a ser administrada (leito, nome e registro do paciente); preparar medicação prescrita; verificar via de administração; preparar paciente para medicação (jejum, desjejum); executar anti-sepsia; acompanhar paciente na in-gestão de medicamento; acompanhar tempo de administração de soro e medicação; administrar em separado medicamentos incompatíveis.
7) Auxiliar em reanimação de paciente; efetuar tricotomia; coletar material para exames; efetuar testes e exames (cutâneo, ergométrico, eletrocardiograma); controlar administração de vacinas.
8) Organizar ambiente de trabalho:
9) Providenciar material de consumo; inspecionar carrinho de parada cárdio-respiratória (PCR); organizar medicamentos e materiais de uso de paciente e de posto de enfermagem; fiscalizar validade de materiais e medicamentos; encaminhar material para exames; arrumar camas; arrumar rouparia.
10) Trabalhar com biossegurança e segurança:
11) Utilizar recursos de informática.
12) Participar em campanhas de saúde pública.
13) Executar outras tarefas de mesma natureza e nível de complexidade associadas ao ambiente organizacional.

Técnico de segurança do trabalho:

1) Informar os trabalhadores sobre os riscos da sua atividade, bem como as medidas de eliminação e neutralização;
2) Analisar os métodos e os processos de trabalho e identificar os fatores de risco de acidentes do trabalho, doenças profissionais e do trabalho e a presença de agentes ambientais agressivos ao trabalhador, propondo sua eliminação ou seu controle;
3) Executar os procedimentos de segurança e higiene do trabalho e avaliar os resultantes alcançados, adequando-os estratégias utilizadas de maneira a integrar o processo Prevencionista em uma planificação, beneficiando o trabalhador;
4) Executar programas de prevenção de acidentes do trabalho, doenças profissionais e do trabalho nos ambientes de trabalho, com a participação dos trabalhadores, acompanhando e avaliando seus resultados, bem como sugerindo constante atualização dos mesmos estabelecendo procedimentos a serem seguidos;
5) Promover debates, encontros, campanhas, seminários, palestras, reuniões, treinamentos e utilizar outros recursos de ordem didática e pedagógica com o objetivo de divulgar as normas de segurança e higiene do trabalho, assuntos técnicos, visando evitar acidentes do trabalho, doenças profissionais e do trabalho;
6) Executar as normas de segurança referentes a projetos de construção, aplicação, reforma, arranjos físicos e de fluxos, com vistas à observância das medidas de segurança e higiene do trabalho, inclusive por terceiros;
7) Encaminhar aos setores e áreas competentes normas, regulamentos, documentação, dados estatísticos, resultados de análises e avaliações, materiais de apoio técnico, educacional e outros de divulgação para conhecimento e auto-desenvolvimento do trabalhador;
8) Indicar, solicitar e inspecionar equipamentos de proteção contra incêndio, recursos audiovisuais e didáticos e outros materiais considerados indispensáveis, de acordo com a legislação vigente, dentro das qualidades e especificações técnicas recomendadas, avaliando seu desempenho;
9) Cooperar com as atividades do meio ambiente, orientando quanto ao tratamento e destinação dos resíduos industriais, incentivando e conscientizando o trabalhador da sua importância para a vida;

10) Executar as atividades ligadas à segurança e higiene do trabalho utilizando métodos e técnicas científicas, observando dispositivos legais e institucionais que objetivem a eliminação, controle ou redução permanente dos riscos de acidentes do trabalho e a melhoria das condições do ambiente, para preservar a integridade física e mental dos trabalhadores;
11) Levantar e estudar os dados estatísticos de acidentes do trabalho, doenças profissionais e do trabalho, calcular a frequência e a gravidade destes para ajustes das ações prevencionistas, normas regulamentos e outros dispositivos de ordem técnica, que permitam a proteção coletiva e individual;
12) Articular-se e colaborar com os setores responsáveis pelos recursos humanos, fornecendo-lhes resultados de levantamento técnicos de riscos das áreas e atividades para subsidiar a adoção de medidas de prevenção a nível de pessoal;
13) Informar os trabalhadores e o empregador sobre as atividades insalubre, perigosas e penosas existentes na empresa, seus riscos específicos, bem como as medidas e alternativas de eliminação ou neutralização dos mesmos;
14) Avaliar as condições ambientais de trabalho e emitir parecer técnico que subsidie o planejamento e a organização do trabalho de forma segura para o trabalhador;

DIMENSIONAMENTO SESMT

Este deverá seguir o anexo II da Norma Regulamentadora 4, que leva em consideração o grau de risco da instituição e o número de colaboradores.

*Norma em anexo

DISPOSIÇOES FINAIS

Os indicadores referentes à atuação do serviço ficam dispostos através do SIGQUALI, em referência a ação e Diretriz Estratégica Institucional. Através no Procedimento Operacional Padrão (POP) e Procedimento Sistêmico de cada setor (PRS) bem como fluxogramas dos serviços ficam à disposição de todos os colaboradores por meio do sistema SIGQUALI.

Este regulamento deverá ser respeitada em todas as circunstâncias, levando-se em consideração as leis do mercado local, o contexto específico, ético e o bom senso. Qualquer exceção deverá ser encaminhada ao Recursos Humanos (RH) para análise e aprovação junto a Diretoria Administrativa da Entidade.

SIGLAS

SUS - Sistema Único de Saúde

HMTJ - Hospital Maternidade Therezinha de Jesus

CME - Centro de Material Esterilizado

RI - Regimento Interno

COREN - Conselho Regional de Enfermagem **COFEN** - Conselho Federal de Enfermagem **PEC** - Perfil Estruturado por Competências **GCPEC** - Sistema de Gestão por Competências
SIGQUALI - Sistema Gestão Qualidade
SAMU - Serviço Atendimento Móvel de Urgência

CROSS - Central de Regulação de Ofertas e Serviços de Saúde

AIH - Autorização Internação Hospitalar

POP - Procedimento Operacional Padrão

PRS - Procedimento Sistêmico

UTI – Unidade de Terapia Intensiva

RH - Recursos Humanos

REFERÊNCIAS

- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria de Consolidação nº2, de 27 de setembro de 2017**. Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde.2017. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017.

- BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Hospitalar e de Urgência.** Manual de implantação e implementação: núcleo interno de regulação para Hospitais Gerais e Especializados/ Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Hospitalar e de Urgência. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

- As Normas Regulamentadoras entraram em vigor logo após a publicação da portaria de número 3214, de 8 de junho de 1978, que regulamentou a Lei N 6514 de dezembro de 1977, referente a Consolidação das Leis Trabalhistas, relativo a Segurança e Medicina do Trabalho, ou seja, as Normas Regulamentadora tem base legal na Le

I. Objetivos

A Política do Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e Medicina do trabalho é o conjunto de normas, objetivos e padrões que as empresas precisam adotar para garantir a integridade física de seus trabalhadores. O principal objetivo do SESMT é promover a saúde e proteger a integridade do trabalhador no local de trabalho para que isto seja possível é desenvolvido documentos e atividades descritas no documento abaixo:

II. Abrangência

A todos os colaboradores sob o regime CLT ou que estejam em unidades sob gestão da entidade, sejam elas UBS, UPA, hospitais ou outras unidades de saúde, extensível aos parceiros prestadores de serviços setoriais da instituição.

III. Diretrizes

Esta Política deverá ser respeitada em todas as circunstâncias, levando-se em consideração as normas regulamentadoras vigentes e CLT e seguirá as diretrizes sinalizadas abaixo:

- Proporcionar ao trabalhador um ambiente de trabalho seguro e saudável;
- Determinar que nenhum trabalho pode ser executado sem a devida avaliação dos aspectos relativos à Segurança e Saúde do trabalhador, por qualquer razão, seja por urgência, importância ou por qualquer outra forma de trabalho que pode ser alegada para justificar o não cumprimento dos requisitos de Segurança e Saúde Ocupacional;
- Determinar a Segurança e Saúde Ocupacional como parte integrante da Gestão Estratégica de Pessoas, em todas as fases de um projeto, comprometendo os gestores, inclusive pelo seu exemplo, e demais profissionais como fator de sucesso;
- Assegurar que as metas e os indicadores proativos em Segurança e Saúde Ocupacional estejam vinculados à estratégia empresarial;
- Promover a educação em Segurança e Saúde Ocupacional como parte do desenvolvimento profissional dos trabalhadores da entidade;
- Promover continuamente a informação e o treinamento como ferramentas fundamentais para a conscientização e capacitação dos profissionais da entidade e demais partes interessadas de Segurança e Saúde Ocupacional;
- Determinar o cumprimento da legislação, regulamentos e outros requisitos sobre

Segurança e Saúde Ocupacional vigentes;

- Identificar, avaliar, controlar e mitigar os fatores de riscos à segurança e saúde das pessoas envolvidas com a entidade, inclusive os que possam atingir a população, de forma a prevenir acidentes em todas as atividades dos processos produtivos;
- Disponibilizar aos Órgãos fiscalizados de Segurança do Trabalho e Saúde Ocupacional, os meios necessários e recursos necessários para o exercício de suas atividades;
- Atuar permanentemente na pesquisa de novas tecnologias de Segurança e Saúde Ocupacional;
- Garantir que a saúde e segurança estejam integradas a todos os processos.
- Planejar, coordenar e orientar a execução dos programas e campanhas preventivas de acidentes do trabalho e promoção da saúde ocupacional.
- Buscar a melhoria continua dos processos referentes à segurança do trabalho e saúde ocupacional livres de acidentes de modo a manter e fortalecer a imagem da empresa.
- Promover a integração da segurança do trabalho em todas as fases da execução de um procedimento, escrito ou não e seu envolvimento em um estilo de vida saudável estimulando a conduta preventiva.

Dimensionamento do SESMT: Tem como objetivo atender a NR04, esta Norma estabelece os parâmetros e os requisitos para constituição e manutenção dos Serviços Especializados em Segurança e Medicina do Trabalho - SESMT, com a finalidade de promover a saúde e proteger a integridade do trabalhador.

Aplicação:

Nesta norma podemos identificar a responsabilidade de cada membro do SESMT e o número de profissionais que irão compor o quadro de cada unidade, este número é calculado com base no quadro II da NR04 que leva em consideração o total de empregados e natureza do risco relacionado a atividade desempenhada.

No caso da área da saúde o grau de risco é o III.

Programa de Gerenciamento de Riscos: Este documento tem como objetivo cumprir com a norma legislativa 01, seu foco está na identificação até a possível eliminação dos riscos, uma vez que controlar a exposição aos riscos é a estratégia mais eficaz para a proteção dos trabalhadores.

Aplicação:

A elaboração do PGR pode ser realizada por um trabalhador indicado pelo gestor da entidade, preferencialmente um membro do SESMT. Este programa visa à preservação da saúde e da integridade dos colaboradores, através da antecipação, reconhecimento, avaliação e consequente controle da ocorrência de riscos ocupacionais existentes no ambiente de trabalho, os agentes físicos, químicos, ergonômicos, de acidente e biológicos. O PGR é um programa obrigatório para todas as empresas. O documento deverá ser alterado sempre que for feito alteração no ambiente de trabalho ou na atividade desempenhada que indique nova avaliação para ajustes e estabelecimento de novas metas e prioridade. Este documento quando realizado pelo técnico de segurança do trabalho terá validação da coordenação do setor. Ele não é apenas um documento que deve estar à disposição da fiscalização, mas sim, um plano das iniciativas para reduzir a exposição dos trabalhadores aos riscos levantados.

Referência: POP SESMT 022 - Elaboração e implantação do PGR e NR01.

Laudo Técnico de Condições Ambientais (LTCAT): Este documento tem como objetivo comprovar o exercício do trabalho em condições insalubres ou periculosas para fins de aposentadoria especial.

Aplicação:

A elaboração do LTCAT deve ser feita pelo engenheiro do trabalho ou pelo médico do trabalho da empresa ou mesmo que venha prestar serviço à organização na área de saúde ocupacional. Apenas estes profissionais estão qualificados perante a Legislação Trabalhista e Previdenciária a emitir tal laudo. Este documento deverá permanecer disponível na empresa e ficar à disposição da Previdência Social. Inclusive, é bom lembrar que o LTCAT servirá de base para o preenchimento do PPP, uma vez que fornece informações referentes às condições ambientais da organização.

Referência: Instrução 128 INSS.

Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional (PCMSO): Este documento tem como objetivo prevenir, detectar precocemente, monitorar e controlar possíveis danos à saúde do trabalhador evitando gastos excessivos para a empresa com ações judiciais, multas do Ministério do Trabalho e Emprego (MTE) dentre outras.

Aplicação:

O PCMSO é executado pelo médico do trabalho, que será o coordenador responsável por este documento. Nas unidades que possuem um número de colaboradores menor do que 500, este serviço é terceirizado.

O PCMSO visa realizar uma minuciosa e individual avaliação médica ocupacional dos trabalhadores diretamente relacionada às suas condições de trabalho. Neste documento está registrado os riscos, periodicidade dos exames ocupacionais.

Exames Ocupacionais: Tem como objetivo a redução do absenteísmo motivado por doenças, redução de acidentes potencialmente graves, a garantia de colaboradores mais adequados à função com melhor desempenho, além de evitar as implicações legais pela falta de atendimento à sua obrigatoriedade de acordo com a NR07.

Aplicação:

Dentro de nossas Unidades são realizados cinco tipos de exames ocupacionais: admissional, retorno ao trabalho, periódico, mudança de função e demissional, estes exames são realizados pelo médico do trabalho nos casos onde a unidade possui mais de 500 trabalhadores, nas unidades em que o número de trabalhadores é menor este serviço é terceirizado e um médico indicado pelo coordenador do PCMSO realiza os exames ocupacionais.

- **Exame Admissional:** É realizado quando um colaborador é selecionado para ser admitido em nossas unidades pelo RH e encaminhado para o SESMT.O SESMT recebe este colaborador, encaminha para o exame complementar se necessário e agenda avaliação clínica com o médico do trabalho. Após a avaliação médica o colaborador recebe o ASO (Atestado de Saúde Ocupacional), neste documento o colaborador pode ser considerado apto ou não para desenvolver a atividade proposta.

- **Exame Retorno ao Trabalho:** Ocorre quando um colaborador precisou estar ausente por período igual ou superior a 30 (trinta) dias por motivo de doença ou acidente, de natureza ocupacional ou não, ou parto. O SESMT agenda o exame de retorno para este trabalhador através de telegrama enviado 72 horas antes do término do afastamento comunicando o local, horário e data do exame que será no primeiro dia após o término do benefício, é

necessário que o mesmo esteja com a cópia comunicado de decisão de afastamento do INSS, exceto no caso de licença maternidade.

- **Exame Periódico:** Ocorre quando o trabalhador completa 1(um) ano de prestação de serviço de acordo com a definição do PCMSO (Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional)**.** É realizado uma convocação por email e pessoalmente para as coordenações da unidade, e é disponibilizado em mural nos setores a listagem de trabalhadores que estão com exames pendentes e os que tem vencimento próximo. O colaborador vai até o SESMT, é encaminhado para o exame complementar quando necessário e agendado para avaliação clínica com o médico do trabalho. Após a avaliação médica o colaborador recebe o ASO (Atestado de Saúde Ocupacional) que informa se o colaborador está apto ou não para desenvolver a atividade proposta.

- **Exame Mudança de Função:** Ocorre quando é realizado qualquer alteração de atividade, posto de trabalho ou de setor que implique a exposição do trabalhador a risco diferente daquele a que estava exposto antes da mudança. O trabalhador é encaminhado para o SESMT pelo RH através de uma guia que sinaliza a troca de função.O trabalhador vai até o SESMT, é agendado avaliação clínica com o médico do trabalho. Após a avaliação médica o colaborador recebe o ASO (Atestado de Saúde Ocupacional) que informa se o colaborador está apto ou não para desenvolver a atividade proposta.

- **Exame Demissional:** Ocorre quando o Trabalhador é desligado da empresa, será obrigatoriamente realizado até a data da homologação, desde que o último exame médico ocupacional tenha sido realizado há mais de 90 (noventa) dias segundo o Quadro I da NR 4. No momento em que o colaborador é desligado da empresa por inciativa própria ou da empresa o departamento pessoal agenda com o SESMT o exame demissional e o trabalhador vai até o SESMT/ Clínica Terceirizada para a avaliação clínica com o médico do trabalho.
Após a avaliação médica o colaborador recebe o ASO (Atestado de Saúde Ocupacional) que informa se o colaborador está apto ou não para desenvolver a atividade proposta.

Todos exames ocupacionais deverão ser cadastrados e monitorados através do TOTVS.

Referência: POP SESMT 009 – Exames Ocupacionais.

Controle de Vacinas: Tem como objetivo cumprir com a exigência da NR32 e do PCMSO um controle de vacinação dos colaboradores que é uma das principais aliadas do serviço de saúde ocupacional de uma empresa, permitindo assim a partir de ações simples e de baixo custo, garantir a manutenção da saúde dos colaboradores.

Aplicação:

Nas unidades geridas pela OSS HMTJ é solicitado ao colaborador cópia do cartão contendo as vacinas dupla adulto (difteria e tétano), Hepatite B, Tríplice Viral (sarampo, caxumba e rubéola) e vacina para COVID-19, estas vacinas são solicitadas no momento da admissão do colaborador. Caso o colaborador se recuse a tomar as vacinas ele assina um termo de responsabilidade de recusa a vacinação que será anexado a ficha clínica de medicina do trabalho (exceção).

Caso na admissão o colaborador só apresente a primeira dose, ele deve ser convocado de acordo com o esquema de vacinas pelo SESMT, para que complete o ciclo da vacina.

Todas vacinas deverão ser cadastradas e monitoradas através do TOTVS

Referência: POP SESMT 010 – Imunização Ocupacional

Fornecimento e Controle de EPI: Tem como objetivo cumprir com a NR 06, que diz no item: 6.3- A empresa é obrigada a fornecer aos empregados, gratuitamente, EPI adequado ao risco, em perfeito estado de conservação e funcionamento, nas seguintes circunstâncias. Tornando assim o ambiente de trabalho mais seguro e saudável, evitando assim consequências maléficas aos colaboradores. Pois o EPI tem como objetivo proteger o colaborador dos possíveis riscos que ameaçam a sua segurança e a sua saúde no trabalho, evitando ou atenuando a gravidade das possíveis lesões durante o trabalho.

Aplicação:

Sempre que for admitido um novo colaborador, este será encaminhado à segurança do trabalho para receber o treinamento de capacitação inicial de segurança, onde serão passados dentre outros, informações sobre uso e conservação de EPI´s, e será assinado o termo de responsabilidade para utilização de Equipamentos de Proteção Individual.

Após o treinamento de capacitação inicial, será entregue ao colaborador recém admitido todos os EPI´s pertinentes aos riscos de sua atividade, conforme descrito no Programa de

Gerenciamento de Riscos (PGR) e será registrada a entrega em ficha própria, conforme Norma Regulamentadora 06. Também serão informadas as medidas de conservação bem com periodicidade de troca dos EPI's fornecidos.

O colaborador será responsável pela guarda e conservação dos EPI´s a ele fornecidos, bem como por comunicar a segurança do trabalho a necessidade de substituição dos EPI´s danificados ou extraviados.

A segurança do trabalho manterá na Ficha individual de distribuição de EPI´s, o registro de todas as aquisições e substituições de EPI´s durante a vida laboral do colaborador, com exceção dos EPI´s descartáveis, que serão disponibilizados diretamente nos setores, em atendimento a NR 32.

O SESMT e/ou a CIPA, realizará inspeções preventivas de segurança nos setores, para verificar se os EPI´s estão sendo utilizados de forma correta, nas atividades onde são obrigatórios. Todos EPI´s deverão ser cadastrados e monitorados através do TOTVS.

Referência: POP SESMT 004 – Controle de entrada e saída de Equipamento de Proteção Individual (EPI)

Perfil Profissiográfico Previdenciário (PPP): Tem como objetivo cumprir com a instrução técnica 128/2022 (INSS) que estabelece que "a empresa deverá elaborar e manter atualizado perfil profissiográfico abrangendo as atividades desenvolvidas pelo trabalhador e fornecer a este, quando da rescisão do contrato de trabalho, cópia autêntica desse documento"

Aplicação:

O Perfil Profissiográfico Previdenciário é feito em um formulário entregue sempre que algum colaborador é demitido ou quando é solicitado por algum colaborador este documento é dividido em três seções a primeira é preenchida pelo departamento pessoal, que encaminha o documento para o SESMT para que seja feito o preenchimento da segunda e terceira seção pelo técnico de segurança do trabalho com as informações relativas ao colaborador, como por exemplo, a riscos da atividade que exerce o colaborador (agentes nocivos químicos, físicos, biológicos ou associação de agentes prejudiciais à saúde ou à integridade física) ao qual está exposta, a intensidade e a concentração do agente, exames médicos clínicos, além de dados referentes à empresa.

Após o preenchimento completo do PPP, ele é enviado por email para o DP para que seja entregue ao colaborador.

Referência: POP SESMT 006 – PPP

Fluxos Acidente Trabalho e Abertura de CAT: Tem como objetivo estabelecer critérios para procedimentos a serem adotados quando da ocorrência de acidentes do trabalho com colaboradores da instituição.

Aplicação:

Aplica-se dentro de nossas unidades a todos os colaboradores que sofreram acidente de trabalho.

No caso de acidente de trabalho típico o colaborador acidentado, comunica sua liderança que o acompanha até a emergência para que seja feito o primeiro atendimento. O médico da emergência caracteriza o acidente em comum ou envolvendo material biológico e realiza o atendimento conforme o fluxo disponibilizado no setor.

Após o atendimento médico este colaborador é encaminhado para o SESMT, para que seja realizado a investigação do acidente e posteriormente abertura da CAT.

No caso de acidente de trajeto o colaborador comunica o acidente para sua liderança, e apresenta ao SESMT o BO e o BAM para que seja realizado a investigação e posteriormente a abertura da CAT.

Em todos os casos citados acima deve ser preenchido a ficha de investigação do acidente, abertura da CAT online e cadastro no TOTVS.

Referência: POP SESMT 0002- CAT e POP 013 - INVESTIGAÇÃO DE ACIDENTES DE TRABALHO

Inspeção de Segurança: Tem como objetivo realizar um procedimento avaliativo e investigativo sobre determinados serviços, ambientes e/ou produtos, visando a detecção de possíveis riscos que possam ocasionar acidentes de trabalho, doenças ocupacionais e consequentemente, determinar as medidas preventivas e corretivas cabíveis a serem tomadas.

Aplicação:

Nas unidades geridas pela OSS HMTJ é realizado a inspeção de rotina ou inspeção diária que deve estar obrigatoriamente vinculada ao dia-a-dia de todos os profissionais da área de segurança e saúde do trabalhador. Os técnicos de segurança realizam inspeção diária in loco,

observando a rotina de trabalho dos colaboradores e o ambiente de trabalho. Detectando precocemente possíveis riscos, e emitindo relatórios para que medidas preventivas ou corretivas sejam tomadas. A comunicação com o responsável por aquele processo ou ambiente é realizada através de email ou pessoalmente de acordo com a urgência e/ou gravidade do caso.

Referência: PRS SESMT 0068 – INSPEÇÃO IN LOCO

Inspeção de Extintores: Objetivo **c**umprir com a NR23 e demais instruções técnicas do corpo de bombeiros estadual que diz sobre medidas de proteção contra incêndios, visando a prevenção da saúde e da integridade física dos colaboradores em nossas unidades.

Aplicação:
É realizado em nossas unidades a inspeção de extintores semanalmente, onde é verificado os seguintes fatores Rompimento de Lacre, manômetro, sinalização, pintura, bico ou difusor, anel de Identificação, selo do inmetro, pino de segurança, alça do extintor, mangote, gatilho do extintor, desobstrução, carga/recarga, adequado a classe do fogo e fixação ao suporte. Após a vistoria o TST deverá assinar o cartão de vistoria de cada extintor e preencher o check list que é arquivado no SESMT, quando existe alguma alteração no extintor o coordenador administrativo da unidade é informado por email para que seja feito a substituição.

Treinamentos: Tem como objetivo cumprir com a NR32 que no item 32.2.4.9, diz que o empregador deve assegurar capacitação aos colaboradores, antes do inicio de suas atividades e de forma continuada sobre dados disponíveis sobre riscos potenciais a saúde, medidas de controle que minimizem a exposição aos agentes, normas e procedimentos de higiene, utilização de EPI e vestimentas de trabalho, medidas preventivas de acidentes e incidentes e sobre medidas a serem adotadas pelos trabalhadores no caso da ocorrência de incidentes e acidentes.

Aplicação:
Em nossas unidades são realizados treinamentos com os colaboradores de acordo com o planejamento anual, que engloba os assuntos citados acima de forma individual.
Quando o colaborador é admitido é realizado o treinamento de integração que é realizado por um equipe que envolve os setores RH, DP, SCIH, qualidade e SESMT. Neste treinamento é

feito orientações a respeito da NR32.
Após este treinamento inicial o colaborador receberá os demais treinamentos ao longo do ano, todos registrados com lista de presença que contém data e tempo de duração de em média 30 minutos conforme relatado no PCMSO da unidade.
Também é realizado a capacitação para Brigadistas na admissão dos colaboradores e sempre que preciso renovação.

Referência: POP SESMT 001 – Acompanhamento e Treinamento Brigada de Incêndio e POP SESMT 016- Treinamento NR32

Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA): Tem como objetivo cumprir com a NR5 que dispõe sobre a obrigatoriedade da implantação da Comissão Interna de Prevenção de Acidentes – CIPA e estabelece como as empresas devem organizar e manter, conforme a classificação nacional de atividade econômica, esta comissão interna.

Aplicação:
O SESMT realiza a implantação e treinamento para cipeiros que ocorre em até 30 dias após a nomeação dos membros.
Participa e fiscaliza de forma ativa todos os processos da CIPA dentro de nossas unidades, dando apoio e suporte sempre que necessário.

Referência: POP SESMT 003 – CIPA

Controle de Atestados e Afastamentos: Tem como objetivo gerenciar, controlar atestados e afastamentos dentro da unidade. Podendo assim criar estratégias com a finalidade de acompanhar a saúde do colaborador, reduzindo assim o índice de afastamentos do trabalho.

Aplicação:
O SESMT monitora e controla os atestados apresentados pelos colaboradores da unidade através do cadastro no TOTVS.O colaborador possui o prazo de 48 horas úteis à partir da data do atestado para realizar a entrega do mesmo, podendo este ser entregue por um representante. O atestado só poderá ser aceito se for o original ou cópia autenticada, preenchido com nome do colaborador, dias de afastamento, data, CRM e nome do médico de forma legível. Após o recebimento o atestado deverá ser cadastrado no TOTVS, caso o

colaborador tenha apresentado no prazo de sessenta dias um número de atestados superior à 15 dias com motivos relacionados este deverá ser encaminhado ao INSS.

Neste caso é feito um requerimento ao INSS com agendamento da perícia médica e é aguardado o resultado desta avaliação. Sendo esta deferida nós monitoramos o período de afastamento, caso seja indeferido é agendado o exame de retorno ao trabalho.

Ao receber o comunicado de decisão do INSS, observamos a espécie do afastamento nos casos classificados como espécie 31 o afastamento não tem relação com o trabalho e nos casos que possuem a classificação como 91 é indicativo de doença ocupacional ou afastamento por acidente de trabalho.

Os casos classificados como espécie 91, possuem estabilidade de 1 ano a contar da data do exame de retorno ao trabalho.

Referêcia: POP SESMT 018 - RECEBIMENTO, VALIDAÇÃO, CADASTRO E CONTROLE DE ATESTADO.

Programa de Qualidade de Vida: O objetivo desse programa será implementar estratégias institucionais para humanizar o ambiente de trabalho, entendendo que a humanização desse ambiente terá como consequência maior eficiência, produtividade e principalmentebem estar para todos, diminuir o índice absenteísmo, melhorar a qualidade de vida, aumento de produtividade e engajamento nas áreas, redução de doenças ou diminuir riscos ocupacionais nas atividade de trabalho .

Aplicação:

O programa de qualidade de vida no trabalho visa realizar a promoção à saúde e bem estar dos profissionais da instituição, baseado no estudo do perfil epidêmiológico alinhado as necessidades pessoais e profissionais de nossos colaboradores promovendo desta forma o fomento a satisfação por meio de ações e projetos que valorizem a cultura e o clima organizacional, infraestrutura ambiental, maquinários e equipamentos, politica voltadas a gestão de pessoas, culminando no cuidado da saúde no ambiente laboral.

Referêcia: Programa de Qualidade de vida e bem estar.

IV. Siglas e Definições

- **PRS**: Procedimento Sistêmico
- **POP**: Procedimento Operacional Padrão
- **RH:** Recursos Humanos
- **SESMT:** Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho

V. Documentos de Referência ao Atendimento às Diretrizes

POP SESMT 001 - Acompanhamento e Treinamento Brigada de Incêndio.

POP SESMT 003 - CIPA.

POP SESMT 002- CAT

POP SESMT 006 - PPP.

POP SESMT 009 - Exames Ocupacionais.

POP SESMT 010 - Imunização Ocupacional.

POP 013 - Investigação de Acidente de Trabalho

POP SESMT 016 - Treinamento NR32.

POP SESMT 018 - Receimento, validação, cadastro e controle de atestados.

POP SESMT 022 - Elaboração e implantação do PGR.

Programa de Qualidade de vida e bem estar.

Instrução Técnica 128/2022 - INSS

Portaria 3214 / 1978 – Normas regulamentadoras

Título: Planilha para Cronograma de Implantação Serviço Especializado Em Engenharia De Segurança Em Medicina Do Trabalho-Sesmt

Item	O que deverá ser feito?	Por que será feito?	Como será feito?	Por quem será feito?	Quando será feito?
1	Criar SESMT	Por obrigatoriedade (conforme legislação) de acordo com necessidade;	Através solicitação da Diretoria Clínica de acordo com os requisitos preestabelecidos.	Enfermeiro do Trabalho e Engenheiro do Trabalho	Mês 1 Mês 2
2	Identificação de riscos	Realizar o inventário de riscos do Programa de Gerenciamento de Riscos - PGR.	Implementar medidas de prevenção de acordo com a classificação de risco do PGR e na ordem de prioridade estabelecida na Norma Regulamentadora nº 01 (NR-01) - Disposições Gerais e Gerenciamento de Riscos Ocupacionais	SESMT	Mês 2
3	Reuniões ordinárias;	Promover a realização de atividades de orientação, informação e conscientização dos trabalhadores para a prevenção de acidentes e doenças relacionadas ao trabalho; propor, imediatamente, a interrupção das atividades e a adoção de medidas corretivas e/ou de controle quando constatar	Emitir relatórios de acompanhamentos de visitação nos setores .	SESMT	Mês 2

		condições ou situações de trabalho que estejam associadas a grave e iminente risco para a segurança ou a saúde dos trabalhadores; conduzir ou acompanhar as investigações dos acidentes e das doenças relacionadas ao trabalho, em conformidade com o previsto no PGR			
4	Elaboração do regimento interno	Definir o regimento pautado na missão e os objetivos da instituição seguindo legislação vigente.	O regimento será realizado em conformidade com as regulamentações e diretrizes aplicáveis.	SESMT	Mês 3
5	Reuniões ordinárias;	Promover a realização de atividades de orientação, informação e conscientização dos trabalhadores para a prevenção de acidentes e doenças relacionadas ao trabalho; propor, imediatamente, a interrupção das	Emitir relatórios de acompanhamentos de visitação nos setores .	SESMT	Mês 4 Mês 5 Mês 6 Mês 7 Mês 8 Mês 9 Mês 10 Mês 11

		atividades e a adoção de medidas corretivas e/ou de controle quando constatar condições ou situações de trabalho que estejam associadas a grave e iminente risco para a segurança ou a saúde dos trabalhadores; conduzir ou acompanhar as investigações dos acidentes e das doenças relacionadas ao trabalho, em conformidade com o previsto no PGR			
6	Reuniões ordinárias;	Levantamento de acidentes de trabalho global, bem como os afastamentos no período geral e por motivo. Bem como a metodologia de monitoramento e medidas de prevenção e planejamento para melhorias futuras.	Divulgação dos resultados em apresentação para o comitê e Direção.	SESMT	Mês 12

10.2.2: ÁREA DA QUALIDADE

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

COMISSÃO DE DOCUMENTAÇÃO MÉDICA E ESTÁSTITICA

REGIMENTO INTERNO

COMISSÃO DE DOCUMENTAÇÃO MÉDICA E ESTATÍSTICA (CDME)

REGIMENTO DA COMISSÃO DE DOCUMENTAÇÃO MÉDICA E ESTATÍSTICA - CDME

CAPÍTULO I

DA NATUREZA E FINALIDADE

Art. 1º A Comissão de Documentação Médica e Estatística (CDME) do Hospital é um órgão técnico criado para atender a Resolução CONARQ n° 22, de 30 de junho de 2005 e ao Decreto Nº 10.148, de 2 de dezembro de 2019, que dispõem sobre as diretrizes para a avaliação de documentos em instituições de saúde.

Art. 2º A Comissão de Documentação Médica e Estatística (CDME) é vinculada à Diretoria da Unidade, instituída a partir de portaria emitida pela mesma.

Art. 3º A Comissão de Documentação Médica e Estatística (CDME) do Hospital tem por finalidade dispor de um conjunto de ações e procedimentos referente à avaliação documental nas unidades do Hospital.

Art. 4º A Comissão de Documentação Médica e Estatística (CDME) reger-se-á por este regimento, devidamente aprovado pelos membros que a compõem.

CAPÍTULO II DOS OBJETIVOS

Art. 5º A Comissão de Documentação Médica e Estatística (CDME) tem os seguintes objetivos:

I. Orientar e realizar a análise, avaliação e seleção de documentos produzidos e acumulados nas unidades do Hospital mediante:

a. Conhecimento da estrutura e o funcionamento da instituição detentora dos documentos;

b. Conhecimento da organização dos conjuntos documentais a serem avaliados, incluídos os métodos de classificação adotados, bem como sua importância para fins de prova, de informação, e de estudos e pesquisas nas áreas das ciências da saúde, humanas e sociais;

c. Conhecimento da terminologia e os procedimentos da área médica, bem como de suas especialidades;

d. Conhecimento da legislação pertinente à concessão de direitos relativos aos indivíduos portadores de necessidades especiais e de doenças graves e terminais.

II. Garantir a destinação final dos documentos nos termos da legislação vigente.

CAPÍTULO III

DA COMPOSIÇÃO E ORGANIZAÇÃO

Art. 5º A Comissão de Documentação Médica e Estatística (CDME) será compostas pelos seguintes Profissionais:

I. Colaborador arquivista ou colaborador responsável pelos serviços arquivísticos, que a presidirá; e

II - Colaboradores multiprofissionais das unidades organizacionais às quais se referem os conjuntos de documentos a serem avaliados e destinados para guarda permanente ou eliminação.

§ 1º Os membros da CDME serão designados pela Direção do órgão ou da entidade dentre os seus servidores.

§ 2º O secretário da CDME será escolhido entre os Membros da Comissão.

§ 3º O Presidente da Comissão de Documentação Médica e Estatística poderá convidar representantes de outros órgãos e entidades públicos ou privados e especialistas na matéria em discussão para participar das reuniões, sem direito a voto.

Art. 6º O mandato será por período indeterminado podendo ser alterada a qualquer momento em que houver alteração na sua composição.

Art. 7º A relação dos membros de cada mandato deverá ser publicada através de portaria expedida pela Direção da Unidade, em Boletim de Serviço, bem como a substituição de qualquer membro, a qualquer momento.

CAPÍTULO IV
DAS OMPETÊNCIAS

Art. 8º À Comissão de Documentação Médica e Estatística (CDME) compete:

I. Adequar os códigos de classificação de documentos e as tabelas de temporalidade e destinação de documentos à legislação;

II. Aplicar e orientar a aplicação do código de classificação de documentos e a tabela de temporalidade e destinação de documentos das atividades-meio;

III. Orientar as unidades geradoras de documentos, analisar, avaliar e selecionar o conjunto de documentos produzidos e acumulados pela instituição, tendo em vista a identificação dos documentos para guarda permanente e a eliminação dos documentos destituídos de valor;

IV. Analisar os conjuntos de documentos para a definição de sua destinação final, após a desclassificação quanto ao grau de sigilo;

V. No que se refere ao estabelecimento de temporalidade e destinação final dos prontuários de pacientes, independente da forma ou do suporte, compete à Comissão de Documentação Médica e Estatística:

a) analisar os conjuntos documentais, determinando os respectivos prazos de guarda e destinação;

b) identificar os valores primário e secundário, segundo o seu potencial de uso; considerando por valor primário o uso administrativo para a instituição, razão primeira da criação do documento, e valor secundário o uso para outros fins que não aqueles para os quais os documentos foram criados, podendo ser probatório e informativo;

c) estabelecer critérios para análise e avaliação dos documentos e sua destinação final;

d) elaborar Listagem de Eliminação de Documentos, Edital de Ciência de Eliminação e Termo de Eliminação de Documentos, quando for o caso, e relatório final da

Comissão;

e) revisar, periodicamente, a Tabela de Temporalidade e Destinação de Documentos, em função da produção ou supressão de novos documentos, e da evolução da legislação e dos procedimentos médicos.

Art. 9º São atribuições do Presidente da Comissão:

a. Convocar e presidir as reuniões.

b. Representar a comissão junto à Diretoria da instituição, ou indicar seu representante.

c. Subscrever todos os documentos e resoluções da comissão previamente aprovados pelos membros desta.

d. Fazer cumprir o regimento.

e. Nas decisões da comissão, além do seu voto, terá o voto de qualidade (voto de Minerva).

f. Nas faltas e impedimentos legais do presidente, assumirá seu vice-presidente.

g. As atribuições do vice-presidente serão assumir as atividades do presidente na sua ausência.

Art. 10 São atribuições e competências da secretaria da Comissão:

a. Organizar a ordem do dia.

b. Receber e protocolar os processos e expedientes.

c. Lavrar a ata das sessões/reuniões.

d. Organizar e manter o arquivo da comissão.

e. Preparar a correspondência.

f. Realizar outras funções determinadas pelo presidente relacionadas ao serviço desta secretaria.

CAPÍTULO V
DO FUNCIONAMENTO

Art. 11 As Reuniões da Comissão de Documentação Médica e Estatística (CDME) acontecerão de forma ordinária mensalmente, na segunda quarta-feira do mês e, extraordinariamente, sempre que necessário, por convocação de seu Presidente ou por solicitação de um terço dos membros, sob as seguintes condições:

I. As decisões serão aprovadas pela maioria simples dos presentes, por meio de votação aberta;

II. O Presidente terá direito ao voto de qualidade em decisões;

III. Todos os assuntos discutidos serão registrados em Ata, contendo: data e hora, nome e assinatura dos membros presentes, resumo do expediente, decisões tomadas a ser colocado no SEI, posteriormente;

IV. Para apreciação e estudos preliminares de assuntos específicos, o Presidente da CDME poderá convidar representantes de outros órgãos e entidades públicos ou

privados e especialistas na matéria em discussão para participar das reuniões, sem direito a voto.

V. Na ausência do presidente, o vice assume suas funções na reunião. Na ausência do vice cabe ao secretáriopresidir a reunião.

Art. 12 A ausência de um membro em 3 reuniões consecutivas sem justificativa ou, ainda, 6 reuniões não consecutivas sem justificativa durante 12 meses, gera sua exclusão automática.

Art. 13 Os assuntos tratados pela comissão deverão ser guardados em sigilo ético por todos os membros.

Art. 14 A participação na Comissão de Documentação Médica e Estatística será considerada prestação deserviço público relevante, não remunerada.

CAPÍTULO VI

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 15 Os casos omissos, não previstos neste regimento serão resolvidos pelos membros da CDME.

Art. 16 O presente regimento poderá ser alterado por eventuais exigências de adoção de novas legislaçõespertinentes ao assunto.

Art. 17 O presente regimento entrará em vigor na data de sua publicação, revogando-se as disposições emcontrário.

Título: Planilha para Cronograma de Implantação da Comissão de Documentação Médica e Estatística

Item	O que deverá ser feito?	Por que será feito?	Como será feito?	Por quem será feito?	Quando será feito?
1	Criar comissão	Por obrigatoriedade (conforme portaria) de acordo com necessidade;	Através de eleição de membros da equipe multiprofissional	Gerencia geral	Mês 1
2	Reuniões ordinárias;	Apresentar a produção médica por especialidade e as taxas de ocupação e permanência de pacientes internados por especialidade, análises de casos, e propostas de melhorias.	Relatórios de pacientes internados por setor/profissional/especialidade.	Membros da comissão	Mês 2
3	Elaborar Regimento Interno da Comissão	Para oferecer suporte e orientação das atividades e bases de dados de acordo com perfil epidemiológico de atendimento.	Relatório via sistema do número de pacientes atendidos por profissional/especialidade.	A própria comissão	Mês 3
4	Reuniões ordinárias;	Apresentar a produção médica por especialidade e as taxas de ocupação e permanência de pacientes internados por especialidade, análises de casos, e	Relatórios de pacientes internados por setor/profissional/especialidade.	Membros da comissão	Mês 3

		propostas de melhorias.			
5	Elaborar painel de bordo	Facilitar o acompanhamento dos dados de produção da equipe médica.	Elaborando junto ao CSTI painel de bordo com dados de produção médica.	Membros da comissão	Mês 4
6	Reuniões ordinárias;	Apresentar a produção médica por especialidade e as taxas de ocupação e permanência de pacientes internados por especialidade, análises de casos, e propostas de melhorias.	Relatórios de pacientes internados por setor/profissional/especialidade.	Membros da comissão	Mês 4 Mês 5 Mês 6 Mês 7 Mês 8 Mês 9 Mês 10 Mês 11
7	Reuniões ordinárias;	Apresentar Compilado de produção das equipes médicas, com média de pacientes atendidos, ocupação/ complicações/ reinternações/ eventos ocorridos no ano e propostas de melhorias próximo ciclo.	Divulgação de resultados e identificação de oportunidades de melhorias bem como o não atingimento de metas contratuais.	Membros da comissão	Mês 12

10.2.2: ÁREA DA QUALIDADE

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

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA (CEP)

Regimento Interno – Comitê de Ética em Pesquisa

REGIMENTO INTERNO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO HOSPITAL

Capítulo I

Da Posição

Artigo 1º – O Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital é um órgão permanente vinculado à Unidade. Seus membros tem total independência de ação no exercício de suas funções no Comitê mantendo sob caráter confidencial as informações recebidas.

Capítulo II

Do Objeto

Artigo 2º – O CEP-Hospital é um Comitê com os seguintes objetivos:

I – orientar as pesquisas que se realizarão na Unidade, quanto às normas e quanto aos princípios éticos exigidos pelo Ministério de Saúde;

II – observar o cumprimento dos princípios éticos no que se refere à técnica do uso de seres humanos;

III – organizar sistema de avaliação e acompanhamento das atividades do CEP da Unidade.

IV – prestar as informações aos órgãos do Ministério de Saúde no que se refere ao andamento dos trabalhos analisados;

V – normatizar seus procedimentos operacionais internos, visando ao efetivo controle sanitário dos produtos objeto de pesquisa clínica;

VI – controlar o bom andamento das pesquisas e sua atualização continuamente;

VII – orientar e fazer cumprir as responsabilidades do pesquisador, segundo as Normas vigentes nas Regulamentações da Secretaria de Saúde.

Capítulo III

Das Finalidades

Artigo 3º – O CEP tem por finalidade orientar, conduzir, avaliar, estimular e facilitar a realização de projetos de pesquisa em seres humanos na Unidade, dentro das Normas dos Regulamentos emitidos pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP-GO).

Capítulo IV

Da Composição

Artigo 4º – O CEP do Hospital é composto por um colegiado com número superior a sete membros, tendo como representantes profissionais das áreas: Medicina, Enfermagem, Odontologia, Farmácia; Biologia, Ciências Biomédicas e um Representante dos Usuários.

I – os componentes serão referendados pelo Direção do Hospital, a partir de indicação realizada pelos Membros que compõem o CEP, podendo haver também indicação pelos Setores e outras coordenações do Hospital. A indicação de qualquer membro novo deverá ser submetida à aprovação em plenária, caso seja nomeado novo representante de usuário e/ou membro o CEP solicitará as devidas alterações dos dados via formulário específico encaminhado à CONEP;

II – os Membros não possuem Suplentes;

III – os Coordenadores (1º e 2º Coordenador) serão eleitos pelos Membros nomeados;

Parágrafo Único – O 1º Coordenador será substituído nos casos de impedimento ou vacância pelo 2º Coordenador;

IV- Nos casos de impedimento ou vacância dos Coordenadores exercerá a coordenação do Comitê o membro lotado na Unidade disponível;

V – o mandato será de 3 (três) anos, com direito de recondução conforme previsto na Resolução CNS nº 370/2007;

VI – A renovação da composição do CEP se dará a cada 3 (três) anos de acordo com a vigência do registro do CEP, junto à CONEP, mantendo-se pelo menos um terço de seus membros;

VII – o número mínimo para constituir o colegiado será de 7 (sete) membros;

VIII – o CEP será multidisciplinar e transdisciplinar, e não poderá haver mais que metade de seus membros pertencentes à mesma categoria profissional, participando pessoas dos dois sexos;

IX – os membros do CEP não serão remunerados pelo desempenho de suas tarefas, podendo receber ressarcimento de despesas efetuadas com transporte, hospedagem e alimentação, também serão dispensados, nos horários de seu trabalho no Comitê, de suas obrigações em suas instituições, dado o caráter de relevância pública da função;

X – o CEP poderá contar com consultores "ad hoc", pessoas pertencentes ou não à Instituição, com a finalidade de fornecer subsídios técnicos;

XI – Na impossibilidade do membro concluir o mandato, a solicitação de desligamento do Comitê deverá ser feita por escrito e o CEP deverá indicar outra pessoa para a complementação do mandato.

CAPITULO V

Da capacitação dos membros e comunidade acadêmica

Artigo 5º – Na indicação de novo membro haverá uma apresentação do mesmo em reunião do Comitê, sendo orientado sobre a documentação e normas do Sistema CEP/CONEP e este Regulamento; haverá anualmente um plano de capacitação dos membros do CEP, envolvendo a comunidade acadêmica e científica da Instituição a fim de promover a educação em ética em pesquisa envolvendo seres humanos, em cumprimento a Norma Operacional nº 001/13.

CAPITULO VI

Do apoio administrativo

Artigo 6º – O CEP contará com um funcionário administrativo para a função de Secretário do Comitê, designado e exclusivo especificamente para as atividades do Comitê.

Capítulo VII

Da Competência

Artigo 7º – Ao CEP compete:

I – orientar os pesquisadores quanto às Normas exigidas pelas Resoluções do Conselho Nacional de Saúde, na realização de seus projetos e na sua condução;

II – observar se os princípios éticos na realização de pesquisas em seres humanos estão sendo cumpridos;

III – organizar um sistema de avaliação e acompanhamento destes projetos;

IV – exigir por parte do pesquisador a elaboração de relatórios semestrais a respeito do andamento de seus projetos;

Parágrafo Único – Caso o pesquisador não cumpra com sua obrigação de enviar os relatórios nos prazos estabelecidos, o CEP solicitará oficialmente que o faça, e caso ainda assim não seja atendido, o CEP comunicará a Instituição da inadimplência do pesquisador, para que providências administrativas sejam tomadas. Ainda neste caso, o CEP suspenderá novas análises de outros projetos de pesquisa do mesmo pesquisador, e inspecionará o referido estudo ao qual o pesquisador não enviou relatórios, podendo inclusive solicitar interrupção do mesmo, mediante qualquer risco aos participantes da pesquisa;

V – comunicar as instâncias competentes os casos de infrações éticas ou denúncias, sobretudo as que impliquem em riscos aos participantes de pesquisa, para averiguação e, quando couber, ao Ministério Público;

VI – informar os pesquisadores sobre as regras exigidas, criando um dispositivo capaz de facilitar esta realização;

VII – orientar e fazer cumprir as responsabilidades do pesquisador segundo as regras exaradas nas resoluções do Conselho Nacional de Saúde pertencente ao Ministério da Saúde, interessando à CONEP/GO.

VIII – fazer respeitar sempre os valores culturais, sociais, morais, religiosos e éticos, bem como, os hábitos e costumes quando as pesquisas de seres humanos envolverem comunidades;

IX – envolver a comunidade científica na importância de atender a todas as exigências dos princípios em Ética de Pesquisa em Seres Humanos;

X – assegurar a inexistência de conflito de interesses entre o pesquisador e, os participantes da pesquisa e os membros do CEP;

XI – observar o cumprimento do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) do participante da pesquisa envolvido e/ou seu responsável legal, e se estão devidamente cientes, em explicações sob linguagem clara e acessível, sendo no TCLE:

explicitados os possíveis desconfortos e risco decorrentes da participação na pesquisa; esclarecidas as providências a serem empregadas no caso de condições adversas que possam causar dano ao participante da pesquisa, os benefícios esperados dessa participação e o esclarecimento sobre a forma de acompanhamento e assistência a que terão direito, inclusive considerando os benefícios e acompanhamento posterior ao encerramento e/ou interrupção da pesquisa; a garantia de liberdade ao participante de recusar-se a participar e retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa sem penalizações;

XII – avaliar se os relatórios estão satisfazendo aos princípios e diretrizes éticos, legais e administrativos;

XIII – sugerir a Direção da Unidade, as medidas administrativas cabíveis quando houver desrespeito às Normas Éticas de Pesquisas envolvendo seres humanos;

XIV – comprovar nas pesquisas do exterior ou com participação estrangeira, os compromissos e as vantagens para os participantes das pesquisas e para o Brasil;

XV – esclarecer aos pesquisadores que descontinuar os projetos aprovados sem justificativa aceita pelo CEP, que os aprovou, é um procedimento antiético;

XVI – assegurar que o resultado da pesquisa poderá se tornar público, independente do interesse do patrocinador e/ou pesquisador;

XVII – assegurar ao participante da pesquisa completo sigilo sobre a pesquisa;

XVIII – emitir parecer consubstanciado por escrito, no prazo máximo de 30 (trinta) dias, identificando com clareza o ensaio, documentos estudados e data de revisão;

XIX – propor a substituição do pesquisador em casos de cometimento de infração profissional no decorrer da pesquisa;

XX – informar as áreas competentes, para as providências cabíveis, sobre as infrações cometidas pelo pesquisador;

XXI – propor plano anual de capacitação de seus membros.

Artigo 8º – Ao Pesquisador responsável compete:

I – apresentar o protocolo devidamente instruído ao CEP, aguardando a decisão de aprovação ética, antes de iniciar a pesquisa;

II – elaborar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido dentro da legislação;

III – desenvolver o projeto conforme delineado;

IV – elaborar e apresentar os relatórios parciais e final. Ao final da pesquisa, conforme descrito em seu cronograma, não sendo apresentado o relatório final, o projeto de pesquisa será considerado encerrado e após 5(cinco) anos, a guarda do protocolo de pesquisa e os relatórios correspondentes ficarão sob responsabilidade do Pesquisador;

V – apresentar dados solicitados pelo CEP a qualquer momento;

VI – manter os dados da pesquisa em arquivo, físico ou digital, sob sua guarda e responsabilidade, por um período de 5(cinco) anos após o término da pesquisa;

VII – encaminhar os resultados da pesquisa para publicação, com os devidos créditos aos pesquisadores associados e ao pessoal técnico integrante do projeto;

VIII – justificar fundamentalmente, perante o CEP a interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados;

IX – garantir o tratamento, o reembolso e as informações previstas no projeto, aos participantes da pesquisa.

Capítulo VIII

Das Atribuições

Artigo 9º – São atribuições do CEP:

I- avaliar protocolos de pesquisa envolvendo seres humanos emitindo parecer devidamente justificado, orientado pelos princípios da impessoalidade, transparência, razoabilidade, proporcionalidade e eficiência, entre outros, destro dos prazos estabelecidos de acordo com o contido na Resolução CNS nº 466/12 complementada pela Norma Operacional 001/2013, sendo: 10 (dez) dias para checagem documental e 30 (trinta) dias para liberar o parecer, evitando morosidade na análise;

II – desempenhar papel consultivo e educativo em questões éticas;

III – elaborar o Regimento Interno;

IV – comunicar as situações de vacância ou afastamento de membros e encaminhar à CONEP as substituições efetivadas justificando-as; sendo nomeado novo representante de usuário e/ou membro, será solicitada a alteração dos dados via formulário especifico encaminhado à CONEP.

Artigo 10 – São atribuições do COORDENADOR do CEP:

I – propor o calendário e convocar as reuniões do CEP:

II – programar e dirigir os trabalhos do CEP:

III – confirmar a indicação feita, a algum membro do CEP, para a função de relator, que avaliará se aquele trabalho segue todas as normas exigidas pelas resoluções;

IV – solicitar a participação de algum elemento de fora do CEP que poderá ajudar nesta avaliação;

V – executar as deliberações do CEP;

VI – controlar a frequência dos membros que, sem justificativa, se ausentarem por reuniões consecutivas;

VII – criar e organizar sistema que permita a guarda e arquivo de documentos;

VIII – exercer o direito de voto de qualidade;

IX – responder administrativamente pelo CEP e representá-lo perante a Direção do Hospital e ao Ministério da Saúde;

X – cumprir e fazer cumprir as Normas e Regulamentos do Hospital e das Resoluções do Conselho Nacional de Saúde, quanto aos trabalhos avaliados.

Artigo 11 – São atribuições dos MEMBROS do CEP:

I – atender às convocações para as reuniões do Comitê;

II – analisar de forma detalhada se os projetos estão de acordo com as normas exigidas pelo Conselho Nacional de Saúde, na forma de relator, conforme determinado pelo Coordenador;

III – analisar de forma contínua o andamento dos trabalhos avaliados;

IV – as análises dos projetos deverão ser feitas no menor tempo possível, não excedendo a 10 (dez) dias úteis;

V – participar da discussão e elaboração dos relatórios periódicos de atualização a respeito do andamento dos trabalhos avaliados;

VI – participar da votação a respeito da análise dos trabalhos, desde que solicitado em reunião;

VII – os membros do CEP deverão isentar-se da análise e discussão do caso, assim como a tomada de decisão, quando houver conflito de interesses.

Artigo 12 – São atribuições do SECRETÁRIO do CEP:

I – providenciar a análise documental dos projetos cadastrados na Plataforma Brasil antes do aceite destes para relatoria;

II – indicar relatoria para os projetos de pesquisa cadastrados na Plataforma Brasil;

III – providenciar, por determinação do Coordenador, a convocação das sessões ordinárias e extraordinárias;

IV – encaminhar aos membros do CEP a pauta das reuniões;

V – assistir às reuniões;

VI – preparar, assinar, distribuir aos membros e manter em arquivo as atas das reuniões do CEP;

VII – providenciar o cumprimento das diligências determinadas;

VIII – Não receber projetos que não estejam completos de acordo com este regulamento e com a legislação pertinente.

Capítulo IX

Do Funcionamento

Artigo 13 – A Secretaria para atendimento ao público em geral e pesquisadores localiza dentro do prédio da Unidade, com funcionamento de segunda à sexta-feira, das 8 às 12 horas.

Artigo 14 – As reuniões do CEP, ordinárias e extraordinárias, serão realizadas nas dependências da Unidade, em local previamente determinado.

Artigo 15 – As reuniões serão sempre fechadas ao público para que se mantenha o sigilo exigido, preservando a confidencialidade das discussões entre os membros e dos projetos analisados, os membros do CEP e todos os funcionários que têm acesso aos documentos, inclusive virtuais, e reuniões, deverão manter sigilo comprometendo-se, por declaração escrita, sob pena de responsabilidade, em cumprimento a Resolução CNS nº 466/12:

I – o CEP reunir-se-á ordinariamente às terceiras sextas-feiras do mês, ou por convocação do Coordenador, em dia e hora previamente estabelecidos e com antecedência mínima de 24 horas;

II – sempre que houver assuntos urgentes e de interesse do CEP, o Coordenador poderá convocar extraordinariamente seus membros;

III – as reuniões cujas resoluções impliquem nas decisões do CEP deverão contar com mais de 50% dos membros, conforme Resolução CNS n° 370/07;

IV – ordinariamente e extraordinariamente as deliberações serão por maioria absoluta dos presentes na reunião, a presença dos membros será controlada através de assinatura em lista;

V – as ausências justificadas dos membros do CEP não poderá exceder o número de 3 (três) no ano, as faltas do representante de usuário serão informadas à instituição que o indicou e, se for o caso, será comunicado o desligamento e solicitada nova indicação de representante;

VI – as reuniões extraordinárias somente serão feitas para assuntos específicos, previamente determinados.

Artigo 16 – As reuniões compõem-se de três partes: Expediente, Ordem do Dia e Assuntos Gerais:

I – o Expediente – destina-se à aprovação da ata da reunião anterior, comunicação do Coordenador e proposições de seus membros;

Parágrafo Único – da ata deverão constar: as deliberações da plenária; a data e horário de início e termino da reunião; o registro nominal dos presentes e as justificativas das ausências. Após votação e aprovação da ata, a mesma será assinada pelos membros do CEP;

II – a Ordem do Dia – serão apreciados os trabalhos predeterminados no ato da convocação, sendo ouvidos os relatores em suas avaliações segundo as normas exigidas;

III – os Assuntos Gerais – serão tratados outros temas de importância, sugeridos pelo Coordenador ou por algum dos membros presentes.

Artigo 17 – As deliberações ordinárias ou extraordinárias serão por consenso, na impossibilidade do mesmo, serão por maioria absoluta de votos;

Parágrafo Único – Havendo empate na votação, esta será decidida pelo voto do Coordenador.

Capítulo X

Do Protocolo de Pesquisa

Artigo 18 – O protocolo a ser submetido à revisão ética somente será apreciado se for apresentada toda documentação solicitada pelo CEP, considerada a natureza e as especificidades de cada pesquisa. A Plataforma Brasil é o sistema oficial de lançamento de pesquisas para análise e monitoramento do Sistema CEP/CONEP. Não serão aceitos para apreciação projetos fora deste Sistema.

Artigo 19 – o conteúdo tratado durante todo o procedimento de análise dos protocolos tramitados no Sistema CEP/CONEP é de ordem estritamente sigilosa. Os membros, representantes de usuários e funcionários administrativos do Comitê que tem acesso aos documentos, inclusive virtuais deverão manter sigilo sob pena de responsabilidade.

Artigo 20 – a pesquisa deverá estar acompanhada do respectivo protocolo para ser analisada.

Artigo 21 – O CEP manterá em arquivo o protocolo de pesquisa e os relatórios correspondentes, por 5(cinco) anos, contados a partir do término do estudo, podendo este arquivamento processar-se em meio digital. Após esse prazo, a guarda do protocolo de pesquisa e os relatórios correspondentes ficará somente sob responsabilidade do Pesquisador, bem como os protocolos de pesquisa e os relatórios correspondentes encerrados, anteriores a Plataforma Brasil.

Artigo 22 – Aprovado o Protocolo de Pesquisa, o CEP passa a ser corresponsável por garantir a proteção dos participantes de pesquisa.

Artigo 23 – A análise do protocolo de pesquisa culminará com sua classificação como uma das seguintes categorias especificadas pela Norma Operacional CNS nº 001/13, a saber:

I – Aprovado: quando o protocolo se encontra totalmente adequado para execução;

II – 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;

III – Não aprovado: quando a decisão considera que os óbices éticos do protocolo são de tal gravidade que não podem ser superados pela tramitação em "pendência". Nas decisões de não aprovação caberá recurso ao próprio CEP ou à CONEP, no prazo de 30 (trinta) dias, sempre que algum fato novo for apresentado para fundamentar a necessidade de uma reanálise;

IV – Arquivado: quando o pesquisador descumprir o prazo para enviar as respostas às pendências apontadas ou para recorrer;

V – Suspenso: quando a pesquisa aprovada, já em andamento, deve ser interrompida por motivo de segurança, especialmente referente ao participante da pesquisa;

VI – 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 24 – o CEP durante a revisão ética, caso entenda como oportuno e conveniente, poderá solicitar informações, documentos e outros, para o esclarecimento de questões, ficando suspenso o processo até a vinda dos elementos solicitados.

Artigo 25 – as pendências meramente documentais serão previamente apreciadas pelo funcionário administrativo e/ou pelos coordenadores do CEP e comunicadas diretamente ao pesquisador, por escrito.

Artigo 26 – consideram-se autorizados para a execução os Protocolos de Pesquisa aprovados pelo CEP.

Capítulo XI

Da Penalidade

Artigo 27 – São causas de cancelamento temporário ou definitivo da pesquisa, além das previstas pelas normas do Conselho Nacional de Saúde em vigor:

I – transgredir o código de ética das classes profissionais ou os de ética em Pesquisa, segundo as normas presentes nas resoluções do Conselho Nacional de Saúde e Vigilância Sanitária;

II – desrespeitar o Regulamento do Hospital, o Regimento Interno do CEP, as Ordens de Serviço, Instruções e Rotinas emitidas pela Administração da Unidade;

III – comprometer a reputação do Corpo Clínico ou do próprio Hospital tanto nas relações internas quanto externas.

Artigo 28 – A apreciação e aplicação de penalidade serão de competência da CONEP/GO, quando a infração se referir à transgressão das normas que administram o Código de Ética de Pesquisa em Seres Humanos e de outras instâncias quando pertinente.

Capítulo XII

Das Disposições Gerais

Artigo 29 – Nenhuma pesquisa em seres humanos poderá ser realizada no Hospital sem uma aprovação do CEP, mesmo que este projeto já tenha sido avaliado por outro comitê de ética de outro hospital;

Parágrafo Único – O CEP não poderá analisar pesquisas com uso de animais sendo, portanto, vedadas quaisquer ações neste sentido.

Artigo 30 – Todos os protocolos de pesquisa a serem analisados pelo CEP deverão ser submetidos através do Sistema Plataforma Brasil, respeitando a normas exigidas pelo Comitê.

Artigo 31– Todas as determinações devem ser atendidas pelos pesquisadores e/ou patrocinadores,o mais breve possível, podendo ser bloqueados os trabalhos até que isto se resolva e seja aprovado em uma reunião ordinária do CEP.

Artigo 32 – É vedado a qualquer membro do CEP a revelação de quem seja o relator do projeto em análise, para se evitar uma eventual pressão tendenciosa nesta avaliação ou criar um caráter pessoal.

Artigo 33 – A avaliação dos relatores será colocada em votação na reunião, e a palavra final será do Colegiado e não individual, mesmo que a decisão seja contrária ao expositor.

Artigo 34 – A análise dos projetos será feita pelos relatores, devendo ser elaborada de forma clara, objetiva e detalhada, fornecendo subsídios para a decisão do colegiado.

Artigo 35 – A decisão das avaliações será por maioria absoluta de votos dos membros presentes naquela reunião.

Artigo 36 – O CEP possui a obrigação de comunicar qualquer efeito adverso, não esperado e não previsto no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). O CEP deverá receber denúncias de abusos ou notificações sobre atos adversos que possam alterar o curso normal do estudo, decidindo pela continuidade, modificação ou suspensão da pesquisa, devendo, se necessário, solicitar a adequação do TCLE.

Artigo 37 – O CEP manterá registro atualizado das atividades de modo a possibilitar o pronto encaminhamento de informações aos órgãos públicos e competentes, desde que sejam solicitados.

Artigo 38 – O CEP caso tenha suas atividades suspensas temporariamente, por ocorrência de greve ou recesso institucional, de acordo com a Carta Circular nº 244/16 da CONEP deverá adotar as seguintes medidas:

I – Greve Institucional: o CEP comunicará à comunidade de pesquisadores e às instâncias institucionais correlatas (por exemplo: comissões de pós-graduação, centro de pesquisa clínica, outros) quanto à situação, informando que haverá interrupção temporária da tramitação dos protocolos, e que a tramitação permanecerá paralisada (parcial ou totalmente) pelo tempo que 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 permaneçam assistidos 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 e doutorado, 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 à CONEP quais as providências que serão adotadas para regularizar a sua atuação quanto à tramitação de protocolos para apreciação ética, após o período de paralisação;

II – Recesso Institucional: o CEP informará, 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 as formas 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.

Artigo 39 – Quando houver a colocação de verbas por parte de patrocinadores, para realização da pesquisa, esta deverá ser bem esclarecida através de documento, por escrito, para que não se confunda como uma forma de pagamento aos pesquisadores.

Artigo 40 – No caso de projetos de interesse dos patrocinadores, estes deverão ser informados de sua responsabilidade sobre todos os custos que envolvem a pesquisa.

Artigo 41– O prontuário médico do pesquisado/paciente, bem como todos os dados colhidos e consignados, somente poderão ser acessados com autorização do CEP.

Artigo 42 – Os casos omissos serão resolvidos, no que couber, pelo CEP.

Artigo 43 – O presente Regimento entra em vigor nesta data da sua publicação, revogando qualquer disposição anterior.

ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE- HMTJ	
GERÊNCIA GERAL / DIRETORIA TÉCNICA / DIRETORIA CLÍNICA	
Título: Planilha para Cronograma de Implantação da Comitê De Ética Em Pesquisa	

Item	O que deverá ser feito?	Por que será feito?	Como será feito?	Por quem será feito?	Quando será feito?
1	Criar O Comitê de Ética	Por obrigatoriedade (conforme legislação) de acordo com necessidade;	Através solicitação MEC de acordo com os requisitos preestabelecidos.	Diretoria Técnica e membro do COREME	Mês 1 Mês 2
2	Definição da estrutura e composição do CEP	Para direcionar as linhas de pesquisa em saúde.	Alinhar com Preceptores e parcerias com Escola de Ensino Superior para elaboração de projetos de pesquisa envolvendo humanos.	O CEP	Mês 2
3	Reuniões ordinárias;	Alinhar as atividades em parceria com os orientadores, monitorando das submissões de artigos, bem com a documentação adequada e divulgação das etapas. Elaboração de relatórios e planejamento de atividades futuras.	Divulgação e orientações aos residentes das normas do comitê e prazos definidos.	O CEP	Mês 2
4	Elaboração do regimento interno	Definir o regimento pautado na missão e os objetivos do comitê, os procedimentos de avaliação ética dos	O regimento será realizado em conformidade com as regulamentações e diretrizes aplicáveis.	O CEP	Mês 3

		projetos de pesquisa, a periodicidade das reuniões, as responsabilidades dos membros, os processos de tomada de decisão, entre outros aspectos relevantes. .			
5	Reuniões ordinárias;	Alinhar as atividades em parceria com os orientadores, monitorando das submissões de artigos, bem com a documentação adequada e divulgação das etapas. Elaboração de relatórios e planejamento de atividades futuras.	Divulgação e orientações aos residentes das normas do comitê e prazos definidos.	O CEP	Mês 3
6	Definição dos fluxos de trabalho e processos de avaliação ética.	Estabelecer prazos para submissão de projetos, os critérios de análise ética, a documentação necessária para a avaliação, os procedimentos de revisão pelos membros do CEP, entre outros aspectos operacionais.	Apoiando-se as diretrizes e boas práticas estabelecidas pelas regulamentações.	O CEP	Mês 4
7		Alinhar as atividades	Divulgação e orientações		

	Reuniões ordinárias;	em parceria com os orientadores, monitorando das submissões de artigos, bem com a documentação adequada e divulgação das etapas. Elaboração de relatórios e planejamento de atividades futuras.	aos residentes das normas do comitê e prazos definidos.	O CEP	Mês 4
8	Recrutamento e capacitação de membros	Realizar processos de seleção adequados, considerando as competências necessárias para o desempenho das funções.	Oferecer capacitação contínua aos membros do CEP, garantindo que estejam atualizados em relação às regulamentações e às questões éticas pertinentes.	O CEP	Mês 5
9	Reuniões ordinárias;	Alinhar as atividades em parceria com os orientadores, monitorando das submissões de artigos, bem com a documentação adequada e divulgação das etapas. Elaboração de relatórios e planejamento de atividades futuras.	Divulgação e orientações aos residentes das normas do comitê e prazos definidos.	O CEP	Mês 5 Mês 6 Mês 7 Mês 8 Mês 9 Mês 10 Mês 11
10	Reuniões ordinárias;	Apresentar relatórios produção científica e separados por pesquisas	Divulgação dos resultados em apresentação para o comitê e Direção.	O CEP	Mês 12

		publicadas e submetidas e propostas de melhorias para futuros programas.			



10.2.2: ÁREA DA QUALIDADE

QUALIDADE OBJETIVA: AVALIA MEDIDAS DA PROPOSTA DETRABALHO PARA IMPLANTAÇÃO DE COMISSÕES

EQUIPE MULTIPROFISSIONAL DE TERAPIA NUTRICIONAL (EMTN)

EQUIPE MULTIPROFISSIONAL DE TERAPIA NUTRICIONAL (EMTN)

REGIMENTO INTERNO

CAPITULO I
DA NATUREZA E FINALIDADE

Art. 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.

Art. 2º A Equipe Multiprofissional de Terapia e Nutricional do Hospital é uma equipe multidisciplinar que tem por finalidade a execução, supervisão e avaliação permanente de todas as etapas da terapia nutricional.

Art. 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

Art. 4º o EMTN tem como finalidade, a realização de procedimentos terapêuticos para manutenção ou recuperação do estado nutricional do paciente por meio da Nutrição Parenteral ou Enteral.

Art. 5º O EMTN deverá analisar e exigir as empresas Prestadoras de serviço – EPBS, o cumprimento legal em termos de recursos humanos, infra-estrutura física, equipamentos e procedimentos operacionais conforme recomendações das BPPNE e BPANE.

CAPITULO II
DAS DEFINIÇÕES

Art. 6º Para esse regimento, considera-se:

I – Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional: grupo formal brigatoriamente 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, conforme prevê a Resolução – RDC nº 63 de 6 de julho de 2000.

II - Nutrição Parenteral(NPT) : Solução ou emulsão, composta basicamente de carboidratos , aminoácidos, lipídios, vitaminas e minerais, estéril e apirogênica, adicionada em recipiente de vidro ou plástico, destinada à administração intravenosa em pacientes desnutridos ou não, em regime hospitalar, ambulatorial ou domiciliar, visando a síntese ou manutenção dos tecidos, órgãos ou sistema. Para a terapia Nutricional Parenteral, são utilizadas fórmulas recebidas prontas pra uso, que são preparadas em câmara de fluxo laminar e transportadas de acordo com as normas e técnicas da Vigilância Sanitária. Atualmente, a Nutrição Parenteral é fornecida pela Bonafe e Carvalho Ltda. - FAMAP Serviços.

III - Terapia de Nutrição Enteral (TNE): conjunto de procedimentos terapêuticos para manutenção ou recuperação do estado nutricional do paciente por meio de NE. As dietas para Nutrição enteral são utilizadas fórmulas recebidas prontas pra uso, que são preparadas em câmara de fluxo laminar e transportadas de acordo com as normas e técnicas da Vigilância Sanitária. Atualmente, a Nutrição Enteral é fornecida pelo Laboratório Nutricional Farma.

CAPITULO III
DA COMPOSIÇÃO

Os membros que compõe a Equipe de Suporte Nutricional do Hospital serão formados por:

1. Médico Coordenador Técnico Administrativo;
2. Médico Coordenador Clínico;
3. Nutricionista;
4. Enfermeira (o);
5. Farmacêutico;
6. Psicóloga.

CAPITULO IV
DAS ATRIBUIÇÕES

Art. 7º Atribuições gerais da EMTN

I. Estabelecer as diretrizes técnicos- 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 e acompanhamento da TNE.

VII. Documentar todos os resultados do controle e da avaliação da TNE visando a garantia de sua qualidade.

VIII. Estabelecer auditorias periódicas a serem realizadas por um dos membros da 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, a manutenção ou a suspensão da TNE.

Art. 8 ATRIBUIÇÕES DO COORDENADOR TÉCNICO-ADMINISTRATIVO

I. Assegurar condições para o cumprimento das atribuições gerais da equipe e dos profissionais da mesma, visando prioritariamente a qualidade e eficácia da TNE.

II. Representar a equipe em assuntos relacionados com as atividades da Comissão.

III. Promover e incentivar programas de educação continuada, para os profissionais envolvidos na TNE, devidamente registrados.

IV. Padronizar indicadores da qualidade para TNE para aplicação pela Comissão.

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.

Art. 9º 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.

Art. 10º 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

Art. 11º 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. 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.

Art. 12º ATRIBUIÇÕES DO ENFERMEIRO

I. Orientar o paciente, a família ou o responsável legal quanto à utilização e controle da TNE.

II. Preparar o paciente, o material e o local para o acesso enteral.

III. Prescrever os cuidados de enfermagem na TNE, em nível hospitalar, ambulatorial e domiciliar.

IV. Proceder ou assegurar a colocação da sonda oro/nasogástrica ou transpilórica.

V. Assegurar a manutenção da via de administração.

VI. Receber a NE e assegurar a sua conservação até a completa administração.

VII. Proceder à inspeção visual da NE antes de sua administração.

VIII. Avaliar e assegurar a administração da NE observando as informações contidas no rótulo, confrontando-as com a prescrição médica.

IX. Avaliar e assegurar a administração da NE, observando os princípios de assepsia, de acordo com as BPANE.

X. Detectar, registrar e comunicar à EMTN e ou o médico responsável pelo paciente, as ocorrências de qualquer ordem técnica e ou administrativa.

XI. 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.

XII. Garantir a troca do curativo e ou fixação da sonda enteral, com base em procedimentos pré-estabelecidos.

XIII. Participar e promover atividades de treinamento operacional e de educação continuada, garantindo a atualização de seus colaboradores.

XIV. Elaborar e padronizar os procedimentos de enfermagem relacionadas à TNE.

XV. Acompanhar a evolução nutricional do paciente em TNE , independente da via de administração, até a alta Nutricional estabelecida pela NUTRIR.

XVI. Assegurar as recomendações quando a conservação.

XVII. Assegurar que qualquer outra droga e ou nutriente prescritos, sejam administrados na mesma via de administração da NE, conforme procedimentos pré-estabelecidos.

Art. 13º 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 das atividades do sistema de garantia da qualidade respeitadas suas atribuições profissionais legais.

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.

VIII. A Nutrir se reunirá ordinariamente, trimestralmente e extraordinariamente, quando for necessário, em dia, local e hora previamente estabelecidos, pela convocação, com no mínimo 24 (vinte e quatro) horas de antecedência, devendo ser lavrada em livro próprio.

CAPITULO V
DO FUNCIONAMENTO E DA ORGANIZAÇÃO

Art. 14. 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.

Art. 15. 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.

Art. 16. Poderão ser solicitadas reuniões extraordinárias a qualquer momento pelo Coordenador clínico ou técnico-administrativo da EMTN com antecedência mínima de 24 horas.

Art. 17. As deliberações da EMTN deverão ser encaminhadas à Direção e, Gerências ou Setores para um parecer final e demais providências, quando aplicável.

Art. 18. 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.

Art. 19. 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.

Art. 20. A solicitação de avaliação do paciente pela EMTN deverá ocorrer por intermédio da equipe assistencial, através do Hospital.

Art. 21. 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.

Art.22. As condutas da EMTN devem estar alinhadas com os profissionais que prestam assistência ao paciente;

Art. 23. As condutas clínicas referentes à TNE deverão ser tomadas conforme padronizado nos elaborados pela EMTN;

Art. 24. 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.

CAPITULO VI
DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 25. Nenhum membro da EMTN, à exceção de seus Coordenadores, poderá falar em nome da Equipe, sem que esteja autorizado pela Direção do Hospital.

Art. 26. Os casos omissos neste Regimento Interno serão discutidos e resolvidos em reunião da EMTN e submetidos à apreciação final da Direçaõ.

Art. 27. A responsabilidade da direção hospitalar é garantir a infra-estrutura necessária para o funcionamento da comissão.

Art. 28. Os casos omissos deste regimento serão discutidos e resolvidos pelacomissão.

Art. 29. Este Regimento Interno entrará em vigor a partir desta data podendoser alterado a qualquer tempo.

ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE- HMTJ
GERÊNCIA GERAL / DIRETORIA TÉCNICA / DIRETORIA CLÍNICA
Título: Planilha para Cronograma de Implantação da Equipe Multiprofissional De Terapia Nutricional

Item	O que deverá ser feito?	Por que será feito?	Como será feito?	Por quem será feito?	Quando será feito?
1	Criar Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional	Por obrigatoriedade (conforme legislação) de acordo com necessidade;	Através solicitação do Serviço de Nutrição Médica de acordo com os requisitos preestabelecidos.	Diretoria Técnica e Nutricionista Clínico	Mês 1 Mês 2
2	Identificação das necessidades	Identificar as áreas de atuação que devem ser abrangidas pela equipe, levando em consideração as especialidades envolvidas, como nutrição clínica, dietética, enfermagem, farmácia, medicina, entre outras. .	Alinhar com equipe multiprofissional as padronizações de fórmulas e fluxos de dispensação e acompanhamento da equipe.	A Equipe EMTN	Mês 2
3	Reuniões ordinárias;	Acompanhar e avaliar o suporte nutricional de pacientes internados diariamente, bem como as necessidades de via de administração de dieta, juntamente com equipe multiprofissional.	Emitir relatórios semanais de pacientes em suplementação nutricional no sistema e a avaliar custos.	A Equipe EMTN	Mês 2
4	Elaboração do regimento	Definir o regimento	O regimento será realizado em	A Equipe EMTN	Mês 3

	interno	pautado na missão e os objetivos da instituição , os procedimentos de avaliação dos pacientes de acordo com VET calórico diário e patologias de base.	conformidade com as regulamentações e diretrizes aplicáveis.		
5	Reuniões ordinárias;	Acompanhar e avaliar o suporte nutricional de pacientes internados diariamente, bem como as necessidades de via de administração de dieta, juntamente com equipe multiprofissional.	Emitir relatórios semanais de pacientes em suplementação nutricional no sistema e a avaliar custos.	A Equipe EMTN	Mês 3
6	Definição dos fluxos de dispensação de dietas e suplementação.	Estabelecer processos de acompanhamento dos pacientes junto a equipe multiprofissional.	Apoiando-se as diretrizes e boas práticas estabelecidas pelas regulamentações vigentes.	A Equipe EMTN	Mês 4
7	Reuniões ordinárias;	Acompanhar e avaliar o suporte nutricional de pacientes internados diariamente, bem como as necessidades de via de administração de dieta, juntamente com equipe multiprofissional.	Emitir relatórios semanais de pacientes em suplementação nutricional no sistema e a avaliar custos.	A Equipe EMTN	Mês 4

7	Reuniões ordinárias;	Acompanhar e avaliar o suporte nutricional de pacientes internados diariamente, bem como as necessidades de via de administração de dieta, juntamente com equipe multiprofissional.	Emitir relatórios semanais de pacientes em suplementação nutricional no sistema e a avaliar custos.	A Equipe EMTN	Mês 4
9	Reuniões ordinárias;	Alinhar as atividades em parceria com os orientadores, monitorando das submissões de artigos, bem com a documentação adequada e divulgação das etapas. Elaboração de relatórios e planejamento de atividades futuras.	Divulgação e orientações aos residentes das normas do comitê e prazos definidos.	A Equipe EMTN	Mês 5 Mês 6 Mês 7 Mês 8 Mês 9 Mês 10 Mês 11
10	Reuniões ordinárias;	Acompanhar e avaliar o suporte nutricional de pacientes internados diariamente, bem como as necessidades de via de administração de dieta, juntamente com equipe multiprofissional. Planilhar o perfil de pacientes em	Divulgação dos resultados em apresentação para o comitê e Direção.	A Equipe EMTN	Mês 12

		suplementação e realizar relatório administrativo. Elaboração de relatórios e planejamento de atividades futuras.			

10.2.2: ÁREA DA QUALIDADE

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

COMISSÃO DE PROTEÇÃO RADIOLOGICA

COMISSÃO DE RADIOPROTEÇÃO
REGIMENTO INTERNO

CAPITULO I

DA MISSÃO

Art 1° - A Comissão de Radioproteção tem como objetivo propor e aplicar critérios de radioproteção para os funcionários que trabalham com radiação ionizante, à população usuária dos serviços que a utilizam e também a segurança e integridade das instalações.

CAPITULO II

DAS FINALIDADES

Art 2° - A Comissão de Radioproteção será constituída por um grupo multifuncional (profissionais de nível superior e técnico), tendo por finalidade:

A) 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;

B) Recomendar as medidas cabíveis para garantir o uso seguro dos equipamentos
emissores de radiação ionizante existentes na instituição

CAPITULO III

DAS COMPETÊNCIAS

Art 3° - À Comissão de Radioproteção compete.

a) Avaliar os registros de dosimetrias individuais e ambientais,

b) Implementar cronograma de manutenções preventivas e preditivas.

c) Acompanhar o gerenciamento da monitoração individual das pessoas ocupacionalmente expostas às radiações ionizantes;

d) Discutir problemas diversos referente ao uso das radiações ionizantes e à radioproteção

e) Verificar o padrão de atendimento prestado.

f) Promover cursos e palestras de conscientização e capacitação para colaboradores da instituição não envolvidos diretamente com o uso de radiação ionizante;

g) Definir programas de treinamento periódicos em proteção radiológica para colaboradores
da instituição envolvidos diretamente com o uso de radiação ionizante.

CAPITULO IV

DA ORGANIZAÇÃO

Art 4° - A Comissão de Radioproteção, por ser um órgão de assessoria, não terá estrutura funcional, contando em seu núcleo básico com um Presidente, um Vice-Presidente, um Secretário e um membro do SESMT da Instituição:

Art 5° - A participação da Comissão de Radioproteção não implicará em qualquer vantagem económica para seus membros, bem como em redução das tarefas normais e rotineiras dos participantes.

Art 6° - A permanência dos membros nesta Comissão é de dois anos, podendo ser renovado ''ad infinitum", exceto no que tange ao Art 15 deste Regimento e as decisões da Comissão, bem como de decisões pessoais dos membros.

Art. 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.

§ 1º - 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.

CAPITULO V

DOS MEMBROS

Art 7° - Esta comissão é multidisciplinar e multiprofissional.
Art 8º - Os membros da Comissão de Radioproteção distribuem-se na seguinte representação.

a) Técnico em Segurança do Trabalho;
b) Coordenação de Enfermagem;
c) Apoio Administrativo;
d) Representante da TCR Imagiologia Ltda;
e) Representante técnico em Radiologia;
f) Membro do SESMT.

Sua representatividade deverá ser:

a) Presidente;
b) Vice-Presidente;
c) Secretário (a);
d) Membros Efetivos.

CAPÍTULO VI

DAS FUNÇÕES

Art 8° - Ao Presidente compete:

a) Presidir e coordenar as atividades da Comissão;
b) Determinar datas, horários e locais, bem como coordenar as reuniões ordinárias da Comissão,
c) Convocar reuniões extraordinárias quando necessário;

d) Cumprir e fazer cumprir o presente Regimento Interno:

e) Indicar entre os membros da Comissão um substituto para representá-lo nas eventualidades,

f) Nomear ou exonerar os membros da Comissão, através de resoluções,

g) Revogar e anular resoluções.

Art 9° - Ao Vice-Presidente compete

a) Substituir o Presidente em seus impedimentos eventuais;

b) Comparecer ás reuniões quando convocado ou em seu impedimento, encaminhar um substituto previamente homologado pela Comissão para tal fim,

c) Verificar a qualidade dos registros e anotações, bem como a organização geral das radioproteções-

d) Sugerir medidas para a melhoria dos registros e anotações, inclusive de aspectos de guarda e arquivo;

e) Normatizar e orientar a atuação dos profissionais envolvidos na elaboração das radioproteções,

f) Analisar os processos e propor modificações quando necessário.

Art 10° - Ao Secretário compete

a) Encaminhar convocação de reunião aos membros da comissão;

b) Redigir a ata de reunião de forma clara,

c) Manter os arquivos que se fizerem necessários em ordem

Art 11° - Ao membro do SESMT compete.

a) Participar das reuniões nos dias e horários programados,

b) Elucidar dúvidas junto á Comissão referente a assuntos de Radioproteção;

c) Ajudar a orientar os demais funcionários da Instituição em assuntos de Radioproteção

CAPITULO VII
DO FUNCIONAMENTO

Art 12° - A Comissão de Radioproteção se reunirá ordinariamente, quadrimestralmente (e extraordinariamente, quando necessário) em dia, local e horário previamente estabelecidos, por convocação com no mínimo 24 (vinte quatro) horas de antecedência. A ata da assembleia deverá ser lavrada em livro próprio

Art. 13° - As reuniões da Comissão somente serão efetivadas se houver a presença de pelo menos 02 (dois) membros Caso haja somente 01 (um) membro, a reunião será adiada para uma nova data e o motivo de seu adiamento deverá constar na ata.

Art. 14° - Para aprovação das deliberações da Comissão de Radioproteção, exigir-se-á a presença dos membros, prevalecendo a vontade da maioria. Caso haja apenas dois membros, a reunião será realizada, contudo, não serão tomadas decisões.

Art 15° - Poderão participar das reuniões os demais funcionários, como convidados, quando as suas presenças forem necessárias para a elucidação de dúvidas e subsidiar a deliberação da Comissão, sem direito a voto.

Art 16° - A presença às reuniões da Comissão de Radioproteção é obrigatória a todos os membros, sendo automaticamente substituído o membro que atingir 03 (três) faltas sem justificativa, consecutivas ou não.

Art. 17° - O membro que não puder comparecer à reunião deverá avisar com antecedência e justificar por escrito o seu não comparecimento.

Art 18° - O membro que, por algum motivo, venha pleitear seu desligamento deverá fazê-lo por escrito justificando a sua decisão.

Art 19° - E dever de todo membro da Comissão divulgar os conhecimentos e esclarecer dúvidas entre seus pares, quando solicitado.

Art 20° - A Comissão de Radioproteção pautará sua atuação na legislação nuclear e sanitária vigentes.

CAPITULO VIII
DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 21 - A responsabilidade da direção hospitalar é garantir a infra-estrutura necessária para o funcionamento da comissão.

Art. 22 - Os casos omissos deste regimento serão discutidos e resolvidos pela comissão.

Art. 21° - Este Regimento Interno entrará em vigor a partir desta data podendo ser alterado a qualquer tempo.

ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE- HMTJ	
GERÊNCIA GERAL / DIRETORIA TÉCNICA / DIRETORIA CLÍNICA	
Título: Planilha para Cronograma de Implantação da Comissão De Proteção Radiológica	

Item	O que deverá ser feito?	Por que será feito?	Como será feito?	Por quem será feito?	Quando será feito?
1	Criar Comissão	Por obrigatoriedade (conforme portaria) de acordo com necessidade;	Através de convite a membros da equipe multiprofissional	Diretoria Técnica	Mês 1
2	Reuniões ordinárias;	Apresentar perfil de exames realizados. Atualização de técnicas utilizadas, Atendimento humanizado durante a realização de exames. Produção mensal e planejamento das ações no serviço de imagem.	Apresentar ao serviço a quantidade de pacientes que o serviço em relatório sistematizado.	Membros da comissão	Mês 2
3	Elaborar Regimento Interno da Comissão	Para oferecer suporte e orientação de segurança durante a realização de exames baseados em cuidados na exposição radiológica.	A partir de recomendação do Conselho de radiologia e boas práticas.	Membros da comissão	Mês 3
4	Reuniões ordinárias;	Apresentar perfil de exames realizados. Atualização de técnicas utilizadas, Atendimento humanizado durante a realização de exames. Produção	Apresentar ao serviço a quantidade de pacientes que o serviço em relatório sistematizado.	Membros da comissão	Mês 6

		mensal e planejamento das ações no serviço de imagem.			
5	Levantamento radiométrico de exposição de colaboradores	Realização periódica de testes de controle dos dosímetros individuais dos colaboradores.	Análise dos laudos dos dosímetros dos colaboradores por terceiro.	Membros da comissão	Mês 4
6	Reuniões ordinárias;	Apresentar perfil de exames realizados. Atualização de técnicas utilizadas, Atendimento humanizado durante a realização de exames. Produção mensal e planejamento das ações no serviço de imagem.	Apresentar ao serviço a quantidade de pacientes que o serviço em relatório sistematizado.	Membros da comissão	Mês 10
7	Elaborar e alimentar indicadores de monitoramento da eficácia do serviço	Facilitar o acompanhamento do serviço, bem como apontamento de necessidade de melhorias.	Elaborando junto ao SGQ os indicadores estratégicos para monitoramento do serviço e planejamento de ações mediante resultados obtidos e metas não alcançadas.	Membros da comissão	Mês 5
8	Treinamento e capacitação de riscos de exposição radiológica	Capacitar toda equipe quanto aos cuidados de exposição radiológicas e uso de EPCs adequados.	Aplicação de treinamentos específicos à pratica de acordo com Plano de Proteção Radiológica.	Coordenador da comissão	Mês 6
9	Reuniões ordinárias;	Apresentar perfil de atendimento pelo	Apresentar para Direção a partir	Membros da	Mês 12

		serviço. Número de exames geral e número de exames suspensos.	de relatório estruturado.	comissão	

10.2.2: ÁREA DA QUALIDADE

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

COMISSÃO DE RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE

REGIMENTO INTERNO DA COMISSÃO DO PLANO DE GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS DE SERVIÇO DE SAÚDE

REGIMENTO INTERNO DA COMISSÃO DO PLANO DE GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS DE SERVIÇO DE SAÚDE

CAPÍTULO I JUSTIFICATIVAS LEGAIS

Artigo 1º – A comissão foi criada em atendimento a Resolução CONAMA n° 358/2005 e RDC n° 222/2018, que determina normas de gerenciamento dos resíduos em estabelecimentos de assistência à saúde.

CAPÍTULO II DAS FINALIDADES

Artigo 2º – Estabelecer e discutir diretrizes de funcionamento e de planejamento junto aos membros da comissão para com a entidade. Com finalidades em minimizar a geração de resíduos na fonte, reduzir o volume e toxicidade na geração dos resíduos no meio – ambiente, adequar a segregação na origem, contribuir para o controle dos riscos de acidentes de trabalho, controlar e reduzir riscos ao meio ambiente, controlar e reduzir riscos para a saúde pública, contribuir para a qualidade da higiene em unidades de saúde, com enfoque no controle de infecção hospitalar, assegurar a manutenção e a operação dos resíduos, buscando a melhoria continua do PGRSS e promover a educação ambiental.

CAPÍTULO III DA COMPOSIÇÃO

Artigo 3º – A comissão será gerenciada por um presidente e um secretário, indicados pela entidade e ou pelos componentes da comissão. Todos os componentes da gestão em vigor poderão continuar nas próximas gestões, caso demonstre qualificações e comprometimento, além de ser vontade própria do membro.

I. Presidente;
II. Secretário;
III. Membros:
   - 01 Representante da administração;
   - 01 Representante do Setor de Higiene e Limpeza;

- 01 Representante da Farmácia;
- 01 Representante da CIPA;
- 01 Representante do Setor de Assistência social;
- 01 Representante do Setor de Enfermagem;
- 01 Representante do Setor de Manutenção;
- 01 Representante do Setor de Segurança do Trabalho;
- 01 Representante do Setor da Recepção;
- 01 Representante do Setor de Controle de Infecção Hospitalar;
- 01 Representante dos médicos; e
- 01 Responsável Técnico (RT) pela elaboração e manutenção do PGRSS.

Parágrafo único: A comissão poderá convidar outros profissionais para participar de suas reuniões, quando julgar necessário.

CAPÍTULO IV DO MANDATO

Artigo 4º – A duração do mandato da Comissão será de no máximo 2 anos, ou por tempo indeterminado, podendo ser substituídos a qualquer tempo, sendo registrado em ata e atualizado o ato de nomeação.

CAPÍTULO V
DO FUNCIONAMENTO

Artigo 5º – Todos os componentes da comissão irá se reunir sistematicamente de forma trimestral, de acordo com data, hora e local pré - estabelecido no calendário anual de reuniões do PGRSS;

Artigo 6º – Todos os componentes são diretamente responsáveis pela implantação, adaptação e aplicação do PGRSS;

Artigo 7º – Todos os componentes serão treinados sobre quaisquer disposições do PGRSS.

Artigo 8º – As reuniões serão registradas em ata, que deverão ser encaminhadas ao Setor de Qualidade, para arquivamento e acompanhamento das ações. A ata deverá conter: local, data, hora, tipo de reunião, relação dos participantes, pauta, situação das ações anteriores, relato da reunião, plano de ação ou ação pontual, assinatura do secretário e assinatura dos participantes.

CAPÍTULO VI DA COMPETÊNCIA

Artigo 9º – Compete ao presidente da comissão:

I. Presidir as reuniões ordinárias;

II. Convocar reuniões extraordinárias sempre que necessário;

III. Representar oficialmente a comissão;

IV. Prestar contas de atividades realizadas e ou pendentes.

Artigo 10º – Compete ao secretário da comissão:

I. Organizar atas e listas diversas;

II. Responsabilizar- se pela guarda de livro, pastas e etc;

III. Comunicar reuniões;

IV. Organizar apoio logístico;

V. Realizar anotações diversas das reuniões;

VI. Anotar queixas ou reclamações;

Artigo 11º – Compete aos membros da comissão:

I. Visar uma correta gestão dos resíduos na instituição, proporcionar a saúde pública e ao meio ambiente e principalmente à unidade geradora, na medida que há redução dos riscos de acidente do trabalho, poluição, contaminação, além da contribuição para a saúde ocupacional dos colaboradores é um instrumento de gestão essencial para quem busca qualquer certificação.

CAPÍTULO VII DISPOSIÇÕES GERAIS

Artigo 12º – É obrigação dos membros respeitarem a data e hora das reuniões, que se reunirá trimestralmente, conforme calendário pré - estabelecido pela comissão;

Artigo 13º – É obrigação dos membros justificarem sua ausência com antecedência;

Artigo 14º – Após duas ausência consecutivas sem justificativa, tal membro estará automaticamente excluído da comissão.

Artigo 15º – Este regimento entra em vigor na data de sua publicação.

ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE- HMTJ
GERÊNCIA GERAL / DIRETORIA TÉCNICA / DIRETORIA CLÍNICA
Título: Planilha para Cronograma de Implantação da Comissão De Resíduos De Serviços De Saúde

Item	O que deverá ser feito?	Por que será feito?	Como será feito?	Por quem será feito?	Quando será feito?
1	Criar a Comissão Resíduos de Serviços de Saúde	Por obrigatoriedade (conforme legislação) de acordo com necessidade;	Nomeação de membros Comissão Resíduos de Serviços de Saúde	Diretoria Técnica	Mês 1
2	Elaborar Regimento Interno da Comissão	Elaboração de políticas e procedimentos para a segregação, acondicionamento, transporte, tratamento e disposição final dos resíduos.	Será solicitado à comissão e representantes eleitos	A própria comissão	Mês 2
3	Reuniões ordinárias;	Alinhar as atividades em parceria com a PGRSS de acordo com os perfis de classificação de resíduo de saúde por setor. Levantamento de quantidade de resíduo gerado por setor e global. Suporte aos setores quanto ao descarte adequado.	Divulgação e orientações aos setores quanto ao descarte adequado e consciente.	Membros da comissão	Mês 3
3	Realizar classificação de resíduos por áreas fornecedoras.	Para os setores tenham conhecimento e	Disponibilização de lixeiras d por setor de acordo com classificação de resíduos.	Membros da comissão	Mês 3

		cuidados com o descarte adequado de resíduos e padronização de sacos de lixo e lixeiras.			
4	Reuniões ordinárias;	Alinhar as atividades em parceria com a PGRSS de acordo com os perfis de classificação de resíduo de saúde por setor. Levantamento de quantidade de resíduo gerado por setor e global. Suporte aos setores quanto ao descarte adequado.	Divulgação e orientações aos setores quanto ao descarte adequado e consciente.	Membros da comissão	Mês 6
5	Realizar capacitação das áreas	Capacitar equipes quanto as classificações de resíduos em saúde e cuidados adequados para evitar exposição.	Atender as recomendações de descarte seguro de resíduos. Avaliando o acondicionamento adequado nos momentos de coleta pelo SHL.	A própria Comissão	Mês 4
6	Reuniões ordinárias;	Alinhar as atividades em parceria com a PGRSS de acordo com os perfis de classificação de resíduo de saúde por setor. Levantamento de quantidade de	Divulgação e orientações aos setores quanto ao descarte adequado e consciente.	Membros da comissão	Mês 9

		resíduo gerado por setor e global. Suporte aos setores quanto ao descarte adequado.			
7	Realizar em conjunto com SHL (serviço de higiene e limpeza) rotas de coleta de lixo hospitalar nos setores	Evitar cruzamento com rotas de alimentação dos pacientes, evitando contaminação do ambiente hospitalar e reduzindo risco de infecção.	Monitorar rotas do serviço.	Membros da comissão	Mês 5
8	Reuniões ordinárias;	Apresentar relatórios das atividades desenvolvidas no ano e propostas de melhorias para futuros programas.	Divulgação de resultados e identificação de oportunidades de melhorias bem como: capacitação, cursos ,entre outras necessidades apontadas.	Membros da comissão	Mês 12

10.2.2: ÁREA DA QUALIDADE

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

COMITÊ TRANSFUSIONAL

COMITÊ TRANSFUSIONAL
REGIMENTO INTERNO

I - Princípios e Diretrizes:

O Comitê Transfusional é constituído por uma equipe multidisciplinar tendo como objetivo monitorar a prática transfusional no HospitaL, de modo a fornecer a cada paciente procedimentos diagnósticos e terapêuticos, assegurando o melhor resultado para a sua saúde, com o menor custo e com o menor risco iatrogênico.

II – OBJETIVOS:

- Melhorar as práticas hemoterápicas da instituição;
- Aumentar a segurança transfusional;
- Otimizar o uso do hemocomponentes;
- Reduzir os erros transfusionais;
- Estreitar a relação com os diversos serviços do hospital;
- Criar programa efetivo de revisão da utilização do sangue;
- Promover atualização em hemoterapia;
- Atender exigências legais

III – COMPETÊNCIAS:

- É COMPETÊNCIA do Comitê Transfusional o monitoramento da prática hemoterápica na instituição de assistência à saúde visando o uso racional do sangue, atividade educacional continuada em hemoterapia, a hemovigilância e a elaboração de protocolos institucional no atendimento a rotina hemoterápica.
- A constituição do Comitê Transfusional será compatível e adequar-se-á às necessidades e complexidades de cada serviço de hemoterapia.
- Zelar pelo cumprimento das normas regionais, nacionais internacionais e institucionais relativos aos assuntos de sua competência.
- Revisar periodicamente a legislação relacionada à politica transfusional e sua aplicação na legislação.
- Monitorar os eventos adversos a transfusão de sangue e hemocomponentes , juntamente com a comissão de hemovigilância.
- Elaborar normas, analisar e emitir pareceres, realizar avaliações e auditorias, promover ações educativas e de divulgação sobre questões relativas ao processo de hemotransfusão;

- Elaborar planos de ação e estabelecer estratégias de atuação para aumentar a segurança transfusional, dentro da área de abrangência estabelecida na instituição.
- Promover educação continuada na área transfusional para profissionais de saúde integrantes da equipe assistencial.
- Estabelecer critérios transfusionais em conhecimento científico adequado ao atendimento dos pacientes na instituição.
- Desenvolver mecanismos para avaliações das requisições transfusionais antes de sua liberação para uso.

IV - Constituição do Comitê Transfusional:

A) O Comitê Transfusional do Hospital está constituído por 04 médicos, 01 enfermeiro, 01 técnico de patologia e 01 assistente administrativo.

B) O Coordenador do comitê foi indicado pela direção clínica entre os membros do comitê.

C) O mandato do comitê será de 02 anos podendo ser renovado pelo mesmo período.

D) Os membros do Comitê deverão ser representantes das seguintes áreas assistenciais e administrativas da instituição:

V — Funcionamento:

A) As reuniões ordinárias são realizadas mensais, já estabelecida em cronograma data, hora e duração.
B) Coordenador do CT tem atribuição de convocar as reuniões
C) As faltas deverão ser justificadas.
D) Outros profissionais poderão participar das reuniões para sugestões e queixas, mas não participarão das tomadas de decisão.
E) O Coordenador poderá convocar reuniões extraordinárias para discussão de casos graves ou outros assuntos afins.
F) A técnica de Patologia será a referência para o recebimento dos resumos hemoterápicos e FITs.
G) Deve ser realizada ata de cada reunião, onde os membros consignarão sua presença, ficando ajustado as pendências, conclusões, deliberações e resoluções. A ata deverá ser assinada.
H) Uma cópia da ata deve ser encaminhada a Direção Técnica/Médica da instituição ao qual faz parte.

I) O Comitê Transfusional deverá fazer avaliação das transfusões realizadas e dos eventos;

J) O serviço de hemoterapia colaborará com as atividades do Comitê Transfusional das instituições de assistência à saúde para as quais forneça componente sanguíneo para atividade transfusional, de elaboração e implementação de protocolos para controlar as indicações, o uso e o descarte dos hemocomponentes sanguíneos, quando solicitado.

VI - Atribuições:

Do Comitê Transfusional:

A) Avaliar as transfusões de sangue realizadas na Instiuição;

B) Estabelecer normas para auxiliar a qualidade e segurança do ato transfusional.

C) Enviar o resumo hemoterápicos para o Hemocentro de Regional de Goiás;

D) Emitir boletim estatístico periódico a cada 06 meses, sobre a prática transfusional e reações adversas;

E) Divulgar as funções do Comitê Transfusional no Hospital;

Dos membros do Comitê Transfusional:

F) Dos médicos: Elaboração de campanhas, divulgação do Comitê Transfusional, avaliação das solicitações de transfusão, orientação aos demais médicos, avaliação e conclusão das FITs, participar de treinamentos e reuniões.

G) Do enfermeiro: Efetuar treinamento e capacitação para os enfermeiros do Hospital, supervisionar e orientar as transfusões e notificação de reações transfusionais e participar de treinamentos no HRGO;

H) Do técnico e responsável pela agência transfusional: Orientar sobre as rotinas para realização dos testes pré e pós transfusional e o correto preenchimento da FIT, divulgar o Comitê Transfusional, participar de reuniões e treinamentos.

I) Do assistente administrativo: Fazer as atas das reuniões do Comitê Transfusional, divulgar o Comitê Transfusional e participar de reuniões e treinamentos.

J) Do Coordenador do Comitê Transfusional: Fazer convocação de reuniões ordinárias e extraordinárias, orientações, divulgação do comitê, organização de treinamentos, palestras e outros.

VII — Responsabilidades:

Da Diretoria da Instituição:

A) Nomear os membros do Comitê Transfusional.
B) Homologar as ações do Comitê Transfusional.
C) Acompanhar o desenvolvimento e as atividades do Comitê Transfusional.
D) Divulgar a importância do Comitê Transfusional no Hospita.

Do Comitê Transfusional:

E) Avaliar, elaborar, executar ações para a qualidade e segurança do ato transfusional no Hospita.
F) Divulgar a ações do Comitê Transfusional internamente — Hospital.
G) Elaborar campanhas educativas.
H) Da Equipe Medica:
I) Preencher adequadamente as solicitações de transfusão
J) Participar dos treinamentos do Comitê Transfusional.
K) Avaliar e atender as possíveis reações transfusionais.
L) Possuir manual de condutas para a prescrição, administração da transfusão, monitorização e assistência às reações adversas da transfusão.
M) Preencher adequadamente a Ficha de Incidente Transfusional (FIT).

Da Equipe de Enfermagem:

N) Avaliar as solicitações de transfusão.
O) Fazer a identificação segura e correta da amostra e do paciente.
P) Participar dos treinamentos do Comitê Transfusional.
Q) Realizar o atendimento seguro as reações adversas.
R) Fazer o preenchimento adequado da FIT.
S) Promover a educação permanente dos técnicos de enfermagem sobre a prática transfusional segura.

VI — Disposição Geral

A) Este Regimento deverá ser aprovado pela Direção do Hospital antes de entrar em vigor.

ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE- HMTJ	
GERÊNCIA GERAL / DIRETORIA TÉCNICA / DIRETORIA CLÍNICA	
Título: Planilha para Cronograma de Implantação do Comitê Transfusional	

Item	O que deverá ser feito?	Por que será feito?	Como será feito?	Por quem será feito?	Quando será feito?
1	Criar comissão	Por obrigatoriedade (conforme portaria) de acordo com necessidade;	Nomeação de membros do Comitê Transfusional	Diretoria Clínica	Mês 1
2	Reuniões ordinárias;	Acompanhar o perfil de pacientes atendidos, compilar o número de transfusões realizadas separando por tipos de hemocomponentes. Planilha de descartes hemocomponentes. Relatórios de doadores	Relatórios com a direção sobre o andamento da comissão e resultados alcançados.	Membros do Comitê.	Mês 2
3	Elaborar Regimento Interno da Comissão	Para oferecer suporte e orientação das atividades e bases de dados de acordo com perfil epidemiológico de atendimento.	Relatório via sistema do número de pacientes atendidos por profissional/especialidade.	Membros do Comitê.	Mês 3
4	Reuniões ordinárias;	Acompanhar o perfil de pacientes atendidos, compilar o número de transfusões realizadas separando por tipos de hemocomponentes. Planilha de descartes hemocomponentes. Relatórios de doadores	Relatórios com a direção sobre o andamento da comissão e resultados alcançados.	Membros do Comitê.	Mês 3
5	Desenvolvimento de diretrizes e protocolos;	Atualizar as diretrizes e fluxos de abordagem do possível doador de sangue e acompanhamento de notificações de reações	Revisão da literatura e manual do Hemocentro em conjunto com NSP da instituição.	Membros do Comitê e NSP.	Mês 4

		transfusionais junto ao NSP. .			
5	Reuniões ordinárias;	Acompanhar o perfil de pacientes atendidos, compilar o número de transfusões realizadas separando por tipos de hemocomponentes. Planilha de descartes hemocomponentes. Relatórios de doadores	Relatórios com a direção sobre o andamento da comissão e resultados alcançados.	Membros do Comitê.	Mês 4
6	Promover e organizar campanha interna de doação de sangue	Preparar a equipe que realizará a abordagem do colaborador junto nas campanhas de doação de a sangue. E Sensibilização das equipes.	Realizar divulgação das campanhas internas junto ao setor de Comunicação.	Membros do Comitê.	Mês 5
9	Reuniões ordinárias;	Acompanhar o perfil de pacientes atendidos, compilar o número de entrevistas realizadas e número de sucessos de captação de órgão, articuladas com a central de transplantes.	Relatórios com a direção sobre o andamento da comissão e resultados alcançados.	Membros do Comitê.	Mês 6 Mês 7 Mês 8 Mês 9 Mês 10 Mês 11
10	Reuniões ordinárias;	Apresentar Compilado anual de transfusões realizadas, número de bolsas perdidas, número de reações notificadas, bem como aspectos negativos/dificultadores de adesão ao processo de doação. Levantamento de propostas de melhorias	Divulgação de resultados e identificação de oportunidades de melhorias bem como os motivos que impactaram em não adesão ao processo de boas práticas na realização de hemotransfusão e segurança do paciente..	Membros do Comitê.	Mês 12

		próximo ciclo.			



10.2.2: ÁREA DA QUALIDADE

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

NÚCELO DE QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE (NQSP)

Regimento Interno – NÚCLEO DE QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE (NQSP)

REGIMENTO INTERNO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO HOSPITAL

ABRANGENCIA

Este se aplica a todos os setores do Hospital, que direta ou indiretamente possam estar envolvidos com a Segurança do Paciente.

CAPÍTULO I - DO OBJETIVO

Artigo 1º - A criação do Núcleo de Segurança do Paciente de acordo com a RDC nº. 36/2013, tem como objetivo promover e apoiar a implementação de iniciativas voltadas à segurança do paciente em diferentes áreas da atenção, organização e gestão de serviços de saúde, por meio da implantação da gestão de risco.

CAPÍTULO III – DIRETRIZES

- A melhoria contínua nos 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;
- A garantia de boas práticas de funcionamento do serviço de saúde.

CAPITULO IV- DA ORGANIZAÇÃO DO NUCLEO

Artigo 2º - Os membros do núcleo deverão ser nomeados pela diretoria clínica.

Artigo 3º- Os membros do núcleo terão mandato de 02 (dois) anos, prorrogáveis por igual período. Caso necessário saída de algum membro, o mesmo deverá ser substituído por outro membro indicado pela direção clínica.

CAPITULO V- DA SUBORDINAÇÃO

Artigo 4º - Toda a equipe da NSP do Hospital estará subordinada à diretoria clínica.

CAPITULO VI- DAS ATRIBUIÇÕES GERAIS

Ao Núcleo de Segurança do Paciente é incumbido:

I - promover ações para a gestão de risco no serviço de saúde;

II - desenvolver ações para a integração e a articulação multiprofissional no serviço de saúde;

III - promover mecanismos para identificar e avaliar a existência de não conformidades nos processos e procedi- mentos realizados e na utilização de equipamentos, medicamentos e insumos propondo ações preventivas e corre- tivas;

IV - elaborar, implantar, divulgar e manter atualizado o Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde;

V - acompanhar as ações vinculadas ao Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde;

VI - implantar os Protocolos de Segurança do Paciente e realizar o monitoramento dos seus indicadores;

VII - estabelecer barreiras para a prevenção de incidentes nos serviços de saúde;

VIII - desenvolver, implantar e acompanhar programas de capacitação em segurança do paciente e qualidade em serviços de saúde;

IX - analisar e avaliar os dados sobre incidentes e eventos adversos decorrentes da prestação do serviço de saúde;

X - compartilhar e divulgar à direção e aos profissionais do serviço 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.

CAPÍTULO VII - DA COMPOSIÇÃO

Artigo 5º - A composição do Núcleo de Segurança do Paciente será a seguinte:

a) 01 representante da Farmácia Hospitalar;
b) 01 representante do Corpo Clínico;
c) 01 representante do Serviço de Controle de Infecção Hospitalar;
d) 01 representante da Enfermagem;
e) 01 representante da Engenharia Clínica;
f) 01 representante da Agência Transfusional;
g) 01 representante da Gestão de Qualidade;
h) 01 secretário Administrativo

Artigo 6º - Novos integrantes da comissão só serão nomeados em Ata de Nomeação após três reuniões consecutivas, ou em casos excepcionais será nomeado de imediato com aprovação de todos os membros integrantes da comissão, sendo registrado em ata.

Artigo 7º - Cada membro deverá seguir suas atribuições de acordo com as descrições feitas e discutir os casos em equipe para tomada de decisões.

CAPÍTULO VIII - DO FUNCIONAMENTO

Artigo 8º O NSP realizará reuniões quinzenais, podendo ser convocada extraordinariamente quando necessário. Artigo 9º As reuniões, bem como seus conteúdos serão registradas em ata constando o nome dos membros participantes, além de assinatura de lista de presença.

Artigo 10º Todas as ausências e modificações do cronograma devem ser justificada na Ata de reunião.

Artigo 11º As atividades hospitalares, também serão registradas em ata.

CAPÍTULO IX – DO PLANEJAMENTO

Artigo 12º O NSP deverá apresentar no mês de dezembro o planejamento de suas atividades para o ano do seguinte, a ser avaliado e aprovado pela diretoria clínica do hospital.

CAPÍTULO X - DAS DISPOSIÇÕES GERAIS E FINAIS

Artigo 13º É de responsabilidade do NSP, atender as recomendações do plano nacional de segurança do paciente.

Artigo 14º O monitoramento dos incidentes e eventos adversos será realizado pelo NSP.

Artigo 15º A notificação dos eventos adversos, deverá ser realizada mensalmente pelo NSP, até o 15°(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 da data do ocorrido.

Artigo 16º Este regimento poderá ser modificado de acordo com as necessidades para melhor funcionamento da NSP.

Artigo 16º Para registro das reuniões, deverá ser elaborada, Ata de reunião Cronograma Lista de presença, Planilha de controle de eventos adversos Notificação interna de eventos adversos e Notificação de eventos adversos pela Anvisa.

ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE- HMTJ
GERÊNCIA GERAL / DIRETORIA TÉCNICA / DIRETORIA CLÍNICA
Título: Planilha para Cronograma de Implantação da Núcleo De Qualidade E Segurança Do Paciente - NQSP

Item	O que deverá ser feito?	Por que será feito?	Como será feito?	Por quem será feito?	Quando será feito?
1	Criar NQSP	Por obrigatoriedade (conforme portaria) de acordo com necessidade;	Através de convite a membros do Serviço de Gestão da Qualidade	Gerencia de enfermagem/Qualidade	Mês 1
2	Elaboração do regimento interno do NSP;	Políticas de segurança e regimento do serviço, método de notificação de incidentes, matriz de riscos	Acompanhar implementação	Membros do NSP.	1° e 2°quinzena (Mês 1,2,3,4)
3	Protocolos de segurança do paciente	Definição e condutas padronizadas de acordo com protocolos clínicos	Acompanhar implementação	Membros do NSP.	3° e 4°quinzena (Mês 1,2,3,4)
4	Meta 1: Identificação Correta do Paciente.	Definição e condutas padronizadas de identificação do paciente.	Acompanhar implementação	Membros do NSP.	1° e 2°quinzena (Mês 1,2,3,4)
5	Meta 2: Comunicação Efetiva.	Padronizar comunicação efetiva durante na assistência gerada aos pacientes internados.	Acompanhar implementação	Membros do NSP.	3° e 4°quinzena (Mês 1,2,3,4)
6	Meta 3: Melhorar a Segurança dos Medicamentos.	Seguir os protocolos de boas práticas na cadeia medicamentosa.	Acompanhar implementação	Membros do NSP.	1° e 2°quinzena Mês (5,6,7,8)
6	Meta 4: Cirurgia Segura.	Aplicação do Check list de Cirurgia	Acompanhar implementação	Membros do NSP.	3° e 4°quinzena Mês (5,6,7,8)

		segura em sua completitude de pacientes operatórios.			
6	Meta 5: Reduzir o Risco de Infecções Associadas aos Cuidados.	Desenvolver e aderir ações de prevenção de infecção relacionadas a saúde.	Acompanhar implementação	Membros do NSP.	1° e 2°quinzena Mês (9,10,11,12)
7	Meta 6: Reduzir o Risco de Danos aos Pacientes Resultantes de Lesões por Pressão e Quedas.	Aplicação de protocolos de avaliação do risco e prevenção de quedas e lesão por pressão.	Acompanhar implementação	Membros do NSP.	3° e 4°quinzena Mês (9,10,11,12)
8	Elaborar relatórios de ações da comissão e planejamento de ações futuras.	Subsidiar melhorias de processos e análises de dados.	Análise global das ações empreendidas durante o ano e propostas de melhorias baseadas nas experiências vivenciadas e perfil de notificação de eventos adversos.	Membros da comissão e Direção Clínica.	Mês 12

10.2.2: AREA DA QUALIDADE

QUALIDADE OBJETIVA: AVALIA MEDIDAS DA PROPOSTADE TRABALHO PARA IMPLANTAÇÃO DAS COMISSÕES

NÚCLEO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA HOSPITALAR

PROPOSTA REGIMENTO INTERNO - NÚCLEO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA HOSPITALAR DO

CAPÍTULO I

DA NATUREZA E FINALIDADE

Art. 1º O Núcleo de Vigilância Epidemiológica do Hospital é 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.

Art. 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 Hospital e pelas bases legais que lhe forem aplicáveis: Lei Nº 6.259, de 30 de outubro de 1975, 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

Art. 3º Compete ao Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar do Hospital:

I. Estudar e propor aos empregados do Hospital 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

Art. 4º O Núcleo de Vigilância Epidemiológica do Hospital será composto pelos membros abaixo elencados:

I. Coordenador (a) do Núcleo;

II. Enfermeiro (a);

III. Médico (a);

IV. Assistente administrativo.

§ 1º Os representantes indicados serão nomeados pela Superintendência.

§ 2º A equipe deve ser multidisciplinar, 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

Art. 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 Insituição;

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.

Art. 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.

Art. 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 a serem adotadas para sua contenção;

VII. 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;

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.

Art. 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, Divisão Médica, 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.

Art. 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.

CAPÍTULO V

DO FUNCIONAMENTO

Art. 10 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.

Art. 11 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.

Art. 12 As reuniões poderão ser convocadas pelo Coordenador ou a pedido de qualquer membro do Núcleo.

Art. 13 De cada reunião será lavrada ata, incluindo assuntos discutidos, decisões tomadas e lista de presença.

Art. 14 As deliberações do Núcleo serão preferencialmente estabelecidas por consenso entre os seus membros.

Art. 15 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 Interno do Hospital, 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).

Art. 16 Este Regimento poderá ser modificado no todo ou em parte, por proposta dos membros do núcleo, mediante aprovação em reunião convocada para esta finalidade.

Art. 17 O presente Regimento entra em vigor na data de sua publicação.

ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE- HMTJ
GERÊNCIA GERAL / DIRETORIA TÉCNICA / DIRETORIA CLÍNICA
Título: Planilha para Cronograma de Implantação do Núcleo De Vigilancia Epidemiológica Hospitalar

Item	O que deverá ser feito?	Por que será feito?	Como será feito?	Por quem será feito?	Quando será feito?
1	Criar comissão	Por obrigatoriedade (conforme portaria) de acordo com necessidade;	Através de eleição de membros da equipe multiprofissional	Gerencia geral	Mês 1
2	Reuniões ordinárias;	Apresentar o perfil de notificações compulsórias e surtos no período, análises de casos, e propostas de melhorias.	Relatórios de pacientes atendidos, e planilhas de acompanhamento de casos de notificação compulsória.	Membros da comissão	Mês 2
3	Elaborar Regimento Interno da Comissão	Para oferecer suporte e orientação das atividades e bases de dados de acordo com perfil epidemiológico de atendimento.	Relatório via sistema do número de pacientes atendidos por profissional/especialidade e tipo de notificação.	A própria comissão	Mês 3
4	Reuniões ordinárias;	Apresentar o perfil de notificações compulsórias e surtos no período, análises de casos, e propostas de melhorias.	Relatórios de pacientes atendidos, e planilhas de acompanhamento de casos de notificação compulsória.	Membros da comissão	Mês 3
5	Elaborar painel de bordo	Facilitar o acompanhamento do perfil e tomada de decisão.	Elaborando junto ao CSTI painel de bordo com dados de produção médica.	Membros da comissão	Mês 4
6	Reuniões ordinárias;	Apresentar o perfil de notificações compulsórias e surtos no período,	Relatórios de pacientes atendidos, e planilhas de acompanhamento de casos de notificação compulsória.	Membros da comissão	Mês 4 Mês 5 Mês 6

		análises de casos, e propostas de melhorias.			Mês 7 Mês 8 Mês 9 Mês 10 Mês 11
7	Reuniões ordinárias;	Apresentar Compilado anual de Perfil de notificação Compulsória e surtos na instituição ,eventos ocorridos no ano e propostas de melhorias próximo ciclo.	Divulgação de resultados e identificação de oportunidades de melhorias bem como a relação com Órgãos de contra referencias de casos vivenciados .	Membros da comissão	Mês 12

10.2.2: ÁREA DA QUALIDADE

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

COMISSÃO INTERNA DE QUALIDADE

COMISSÃO INTERNA DE QUALIDADE
REGIMENTO INTERNO

ABRANGÊNCIA

Este se aplica a todos os setores do Hospital que direta ou indiretamente possam estar envolvidos nos processos da Qualidade.

CAPÍTULO I - DO OBJETIVO

Artigo 1º - A Comissão Interna da Qualidade, tem como objetivo o compromisso de introduzir a Gestão da Qualidade como uma ferramenta permanente de aprimoramento institucional, reorganizando suas práticas e diminuindo riscos para pacientes/clientes, profissionais e colaboradores, monitorando periodicamente os indicadores para subsidiar os responsáveis do Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus nas tomadas de decisão a fim de consolidar os processos.

CAPÍTULO III – DIRETRIZES

- Promover a cultura de melhoria contínua dos processos e resultados;
- Promover a implementação da gestão por processos;
- Liderar processos de gestão de mudanças;
- Coordenar a gestão de documentos;

CAPÍTULO IV- DA ORGANIZAÇÃO

Artigo 2º - Os membros da Comissão Interna da Qualidade deverão ser nomeados pelo Diretor Presidente.
Artigo 3º- Os membros da Comissão Interna da Qualiade terão mandato de 02 (dois) anos, prorrogáveis por igual período. Caso necessário saída de algum membro, o mesmo deverá ser substituído por outro membro indicado pela direção clínica.

CAPÍTULO V- DA SUBORDINAÇÃO

Artigo 4º - Toda a equipe da Comissão Interna da Qualidade do Hospital estará subordinada ao Diretor Presidente.

CAPÍTULO VI- DAS ATRIBUIÇÕES GERAIS

- Estabelecer mecanismos para identificar e avaliar a existência de não conformidades nos processos e procedimentos pactuados em contratos internos de gestão, coordenando a definição e implementação de ações preventivas e corretivas;
- Coordenar ações para a integração e a articulação multiprofissional no âmbito da instituição;
- Executar, monitorar e avaliar ações de melhoria de qualidade alinhadas com a segurança do paciente, especialmente aquelas relacionadas aos processos de cuidado e do uso de tecnologias da saúde;
- Monitorar e avaliar proposta de metas e indicadores para inserção nos processos.
- Assessorar as ações institucionais de melhoria contínua, elevando o padrão dos serviços prestados por meio de indicadores da qualidade, avaliação da satisfação dos usuários, definição de metodologias e ferramentas da qualidade e controle dos instrumentos administrativos que compõem a estrutura organizacional;
- Estabelecer medidas para tratamento e prevenção de falhas, com aplicação de ferramentas para gerenciamento de riscos associados aos cuidados prestados;
- Assegurar que a Gestão da Qualidade do Hospital implantado e mantido, de acordo com requisitos da qualidade estabelecidos no processo de Acreditação da ONA (Organização Nacional da Acreditação);
- Foco no cliente e no trabalho em equipe permeando toda a organização, decisões baseadas em fatos e dados e a busca constante da solução de problemas e da diminuição de erros;

CAPÍTULO VII - DA COMPOSIÇÃO

Artigo 5º - A composição da Comissão Interna da Qualidade será a seguinte:

a) Gerente da Qualidade;
b) Coordenador da Qualidade;
c) Assistente da Qualidade;
d) Diretor Presidente;
e) Diretor Clínico;
f) Diretor Técnico;

CAPÍTULO VIII - DO FUNCIONAMENTO

Artigo 8º A Comissão Interna da Qualidade realizará reuniões semestrais, podendo ser convocada extraordinariamente quando necessário.
Artigo 9º As reuniões, bem como seus conteúdos serão registradas em ata constando o nome dos membros participantes, além de assinatura de lista de presença.
Artigo 10º Todas as ausências e modificações do cronograma devem ser justificada na Ata de reunião.

CAPÍTULO IX – DO PLANEJAMENTO

Artigo 12º A Comissão Interna da Qualidade deverá apresentar no mês de dezembro o planejamento de suas atividades para o ano do seguinte, a ser avaliado e aprovado pelo Diretor Presidente.

CAPÍTULO X - DAS DISPOSIÇÕES GERAIS E FINAIS

Art 13. Atribuições Do s Membros do Escritório Da Qualidade

- Garantir que o monitoramento e a intervenção em todos dos processos estabelecidos, sejam realizados pelas lideranças, buscando as melhorias exigidas.
- Apoio aos setores quanto à elaboração e atualização de manuais da qualidade de procedimento e indicadores dos processos existentes na instituição.
- Participar de reuniões mensais ou extraordinárias.
- Participar de treinamentos sobre qualidade hospitalar.
- Estabelecer a cultura da elaboração documental e sua aplicação.
- Manter programas para o gerenciamento de riscos.
- Capacitar os profissionais para a prática com qualidade.
- Viabilizar e tornar disponível a disseminação do programa de qualidade.
- Desenvolver o mapeamento dos processos essenciais.
- Obter efetividade nas ações, para a melhoria da qualidade.
- Acompanhar os indicadores de qualidade, observando seus resultados.
- Prestar serviço de consultoria interna
- Programar e executar o treinamento de todos os funcionários nas atividades relacionadas à qualidade hospitalar, visando a multiplicação dos conhecimentos e facilitar a implementação dos programas.
- Organizar eventos internos e externos relativos ao Sistema de Gestão da Qualidade, para elaboração dos fluxogramas e de documentação da qualidade.
- Articular internamente ferramentas que viabilizem a construção de processos de trabalho que resultem em ações de qualidade. Desenvolver material de apoio, tais como apostilas, cartilhas, cartazes, visando aperfeiçoar os treinamentos e a divulgação do programa.
- Fazer cumprir este Regimento.

Art. 27. Este regulamento poderá ser modificado no todo ou em parte, por proposta dos membros da Comissão, mediante aprovação em reunião convocada para esta finalidade.

Art. 28. O presente Regulamento entra em vigor na data de sua aprovação e publicação.

ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE- HMTJ
GERÊNCIA GERAL / DIRETORIA TÉCNICA / DIRETORIA CLÍNICA
Título: Planilha para Cronograma de Implantação da Comissão Interna Da Qualidade

Item	O que deverá ser feito?	Por que será feito?	Como será feito?	Por quem será feito?	Quando será feito?
1	Criar Comissão	Por obrigatoriedade (conforme portaria) de acordo com necessidade;	Através de convite a membros da equipe do Serviço de Qualidade	Diretoria Técnica	Mês 1
2	Reuniões ordinárias;	Realizar levantamento de adesão dos setores na utilização das ferramentas de padronização pelo Serviço de Gestão da Qualidade.	Enviar compilado de adesão aos setores das ferramentas da qualidade através de e-mail, solicitando adequação.	Membros da comissão.	Mês 2
3	Elaborar Regimento Interno da Comissão	Elaborar Regimento do serviço que comtemple as políticas da Qualidade a padronização das ferramentas da Qualidade e hierarquias de processos.	A partir de padronização de ferramentas e aquisição de software de gestão da qualidade.	Membros da comissão	Mês 3
4	Elaboração de indicadores de desempenho para todos os setores	Elencar junto aos setores indicadores estratégicos bem como, periodicidade de lançamentos, metas e prazos definidos.	Acompanhar lançamentos e análises de indicadores no sistema de gestão da qualidade.	Membros da comissão	Mês 4
5	Padronizar formulários e realizar mapa de processos das áreas da instiuição.	Facilitar o acompanhamento do serviço, bem como apontamento	Auditar internamente os setores e verificar aplicabilidade das ações propostas pelo serviço.	Membros da comissão	Mês 5

		de necessidade de melhorias.			
6	Reuniões ordinárias;	Realizar levantamento de adesão dos setores na utilização das ferramentas de padronização pelo Serviço de Gestão da Qualidade.	Enviar compilado de adesão aos setores das ferramentas da qualidade através de e-mail, solicitando adequação.	Membros da comissão.	Mês 8
7	Reuniões ordinárias;	Realizar revisão de documentos publicados. Adesão das atividades propostas pela qualidade pelos setores assistências e administrativos de processos por painel de bordo setorial.	Apresentar à direção a adesão das propostas da qualidade dos setores com objetivo de propor melhorias e monitorar a qualidade do serviço prestado, adesão aos protocolos de segurança, em busca de um alinhamento de processos para pleitear uma certificação do Hospital por órgão de auditoria externa(ONA).	Membros da comissão	Mês 12



10.2.2: ÁREA DA QUALIDADE

QUALIDADE OBJETIVA: AVALIA MEDIDAS DA PROPOSTA DETRABALHO PARA IMPLANTAÇÃO DE COMISSÕES

COMISSÃO DE PREVENÇÃO E CUIDADOS COM INTEGRIDADE DA PELE.

COMISSÃO DE PREVENÇÃO E CUIDADOS COM A INTEGRIDADE DA PELE

REGIMENTO INTERNO

CAPÍTULO I
DA FINALIDADE

Art. 1° A Comissão de Prevenção e Cuidados com a Integridade da Pele-CPCIP, tem como objetivo avaliar os riscos, prevenir e tratar as lesões proporcionando uma assistência segura e humanizado aos pacientes.

CAPÍTULO II
DA COMPOSIÇÃO

Art. 2° A CPCIP possui composição multiprofissional, sendo constituída minimamente por: um enfermeiro especialista em Estomaterapia, um enfermeiro especialista em Neonatologia, um enfermeiro da UTI adulto, um representante da UTI Neonatal e um representante do Setor de Gestão da Qualidade.

Art. 3° A CPCIP contará com um presidente e um secretário, os quais serão responsáveis, dentre outras atribuições, pelo funcionamento regular da Comissão.

CAPÍTULO III
DO MANDATO

Art. 4° O mandato deverá ser de 24 meses, podendo ser renovável conforme necessidade da instituição, sendo devidamente atualizada, em qualquer tempo, em caso de substituição de membro.

Art. 5° O presidente da comissão e os membros, serão designados pela Direção do Hospital. A função de secretário será definida pela CPCIP.

CAPÍTULO IV
DA ESTRUTURA

Art. 6° A CPCIP funcionará em sala no Hospital, contando com a infraestrutura básica necessária para seu funcionamento.

CAPÍTULO V
DO FUNCIONAMENTO E EXECUÇÃO

Art. 7° A CPCIP se reunirá ordinariamente, regularmente, minimamente uma vez por mês, e extraordinariamente, todas as vezes que se fizer necessário, mediante convocação, encaminhada por e-mail, com no mínimo 72h para as reuniões ordinárias e 24h para as extraordinárias.

Art. 8° As reuniões da comissão deverão ser registradas em ata padronizada, contendo: pauta, decisões tomadas e encaminhamentos, devendo a mesma ser assinada por todos os membros presentes.

Parágrafo único: As atas das reuniões deverão ser encaminhadas, digitalizadas, para a Gerência de Atenção à Saúde, até o 1º dia útil após a realização da reunião.

Art. 9° A ausência de um membro em 3 reuniões consecutivas, sem justificativa, ou em 6 reuniões, não consecutivas, sem justificativa, durante 12 meses gera sua substituição automática.

§. 1º Na ausência do Presidente, o secretário conduzirá a reunião.

Art. 10. As decisões da comissão serão tomadas após aprovação, por meio de votação aberta e justificada por maioria simples dos votos dos membros presentes.

Art. 11. Para apreciação e estudos preliminares de assuntos específicos, será designado um relator ou convidado um consultor (interno ou externo), o qual apresentará parecer sobre o assunto, em prazo preestabelecido. Da mesma forma, poderão ser convidados outros profissionais para participar das reuniões.

Art. 12. Os assuntos tratados pela comissão deverão ser guardados em sigilo ético por todos os membros.

CAPÍTULO VI DAS ATRIBUIÇÕES

Art. 13. São atribuições da Comissão de Prevenção e Cuidados com a Integridade da Pele – CPCIP.

Criar mecanismos para que se desenvolvam a prevenção e o cuidados com a integridade da pele dos pacientes do Hospital.

II - Definir condições adequadas de avaliação de risco para lesões de pele nos pacientes assistidos do Hospital;

III - Garantir a avaliação das lesões de pele;

IV - Desenvolver, rever e atualizar normas, protocolos institucionais, fluxogramas e procedimentos abordando a prevenção e cuidados com a integridade da pele;

V- Implantar e difundir ações que promovam a segurança do paciente na prevenção de lesões de pele nos pacientes assistidos;

VI - Manter estreita relação com as Unidades e com comissões com as quais deverão ser discutidos aspectos relacionados a prevenção e cuidados com a integridade da pele;

VII - Planejar as ações de educação permanente da CPCIP, em consonância com as diretrizes de Segurança do Paciente e demais normas institucionais, desenvolvendo de forma permanente, atividades de caráter técnico-cientifico em prol do cumprimento das metas propostas;

VIII - Padronizar e avaliar os indicadores de estrutura, processo e resultado, relacionados à prevenção e tratamento de lesões de pele dos pacientes do Hospital, apontando necessidade de melhoria, mediante preparação de plano de ação e acompanhamento do cumprimento do mesmo.

IX - Informar à Direção do Hospital sobre situações que promovam aumento do risco aos pacientes;

X- Notificar à Vigilância em até 48h, todos os casos de incidentes e riscos potenciais, dos quais tomar conhecimento;

XI - Contribuir com o Setor de Vigilância em Saúde e Segurança do Paciente realizando a investigação de incidentes envolvendo lesões de pele.

Art. 14. O Presidente da Comissão de Prevenção e Cuidados com a Integridade da Pele – CPCIP será o responsável pela coordenação técnica – administrativa da comissão.

Art. 15. São requisitos para o profissional ser o coordenador técnico-administrativo:

I - Diploma de nível superior (enfermeiro);

II - Possuir inscrição no conselho profissional específico;

III - Possuir habilidade de liderança, controle emocional, facilidade de relacionamento e de trabalho em equipe;

IV - Possuir habilidades gerenciais: planejar, organizar, integrar, monitorar e avaliar indicadores de atividades.

Art. 16. São atribuições do Presidente da Comissão:

I - Assegurar condições para o cumprimento das atribuições gerais da comissão, visando prioritariamente a qualidade e efetividade da prevenção e cuidados com a integridade da pele;

II - Representar a equipe em assuntos relacionados com a prevenção e os cuidados com a integridade da pele dos pacientes;

III - Acompanhar o programa de educação permanente sobre a prevenção e o tratamento de lesões de pele para todos os profissionais envolvidos no cuidado com o paciente na instituição;

IV - Convocar e presidir todas as reuniões da CPCIP;

V- Acompanhar, avaliar e apresentar regularmente os indicadores institucionais referentes à lesões de pele nos pacientes.

VI - Fazer cumprir o regimento;

VII - Emitir, nas decisões da comissão, além do seu voto, o voto de qualidade (voto de Minerva), quando necessário.

Art. 17. A secretaria poderá ser ocupada por qualquer membro, sendo escolhido pelos membros da CPCIP e aprovada pelo Presidente.

Art. 14. O Presidente da Comissão de Prevenção e Cuidados com a Integridade da Pele – CPCIP será o responsável pela coordenação técnica – administrativa da comissão.

Art. 15. São requisitos para o profissional ser o coordenador técnico-administrativo:

I - Diploma de nível superior (enfermeiro);

II - Possuir inscrição no conselho profissional específico;

III - Possuir habilidade de liderança, controle emocional, facilidade de relacionamento e de trabalho em equipe;

IV - Possuir habilidades gerenciais: planejar, organizar, integrar, monitorar e avaliar indicadores de atividades.

Art. 16. São atribuições do Presidente da Comissão:

I - Assegurar condições para o cumprimento das atribuições gerais da comissão, visando prioritariamente a qualidade e efetividade da prevenção e cuidados com a integridade da pele;

II - Representar a equipe em assuntos relacionados com a prevenção e os cuidados com a integridade da pele dos pacientes;

III - Acompanhar o programa de educação permanente sobre a prevenção e o tratamento de lesões de pele para todos os profissionais envolvidos no cuidado com o paciente na instituição;

IV - Convocar e presidir todas as reuniões da CPCIP;

V- Acompanhar, avaliar e apresentar regularmente os indicadores institucionais referentes à lesões de pele nos pacientes.

VI - Fazer cumprir o regimento;

VII - Emitir, nas decisões da comissão, além do seu voto, o voto de qualidade (voto de Minerva), quando necessário.

Art. 17. A secretaria poderá ser ocupada por qualquer membro, sendo escolhido pelos membros da CPCIP e aprovação pelo presidente.

Art. 18. São atribuições e competências do secretário da CPCIP:

I - Organizar a pauta da reunião;

II - Receber e protocolar os processos e expedientes;

III - Lavrar a ata das sessões/reuniões;

IV - Convocar os membros da comissão para as reuniões determinadas pelo Presidente;

V - Organizar e manter o arquivo da comissão;

VI - Enviar cópia da ata da última reunião para a Secretaria da Gerência de Atenção à Saúde, até o 1º dia útil após a reunião.

VII - Substituir o Presidente em suas ausências e impedimentos.

VIII - Realizar outras funções determinadas pelo Presidente relacionadas à CPCIP;

Art. 19. Para realização dos trabalhos da comissão os membros deverão ser disponibilizados de suas atividades assistenciais por tempo necessário à participação das reuniões e execução das atividades definidas.

Art. 20. São atribuições dos membros da CPCIP:

I - Participar regularmente das reuniões da CPCIP;

II - Deliberar sobre temas discutidos em reunião;

III - Apresentar sistematicamente a CPCIP, artigos de atualização na área de prevenção e tratamento de lesões de pele;

IV - Indicar pautas para as reuniões.

CAPÍTULO VII
DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 21. Os casos omissos neste regimento serão resolvidos pelos membros da CPCIP, em conjunto com a Direção desta Entidade.

Art. 22. Este regimento poderá ser alterado por eventuais exigências de adoção de novas legislações pertinentes ao assunto ou qualquer necessidade identificada pela CPCIP ou Direção do Hospital.

Art. 23. O regimento entrará em vigor após ser aprovado pela CPCIP e pela Direção do Hospital.

Título: Planilha para Cronograma de Implantação da Comissão De Prevenção E Cuidados Com Integridade Da Pele

Item	O que deverá ser feito?	Por que será feito?	Como será feito?	Por quem será feito?	Quando será feito?
1	Criar Comissão	Por obrigatoriedade (conforme portaria) de acordo com necessidade;	Através de convite a membros da equipe multiprofissional	Gerencia de enfermagem	Mês 1
2	Reuniões ordinárias;	Apresentar perfil de pacientes internados e classificação das lesões de pele, bem como coberturas utilizadas. Quantidade de respostas a pareceres, bem como acompanhamento de melhora/piora da lesão.	Apresentar ao serviço a quantidade de pacientes que está sendo acompanhado pela comissão e orientações descritas em prontuário eletrônico de condutas de prevenção e tratamento de lesão.	Membros da comissão	Mês 2
3	Elaborar Regimento Interno da Comissão	Para oferecer suporte e orientação das atividades e bases de dados de acordo com perfil de pacientes e Fluxos de respostas a pareceres.	Relatório via sistema do número de pacientes atendidos por classificação quanto ao risco de desenvolver lesão(Braden) .	Membros da comissão	Mês 3
4	Reuniões ordinárias;	Apresentar perfil de pacientes internados e classificação das lesões de pele, bem como coberturas utilizadas.	Apresentar ao serviço a quantidade de pacientes que está sendo acompanhado pela comissão e orientações descritas em prontuário eletrônico de condutas de prevenção e	Membros da comissão	Mês 3

		Quantidade de respostas a pareceres, bem como acompanhamento de melhora/piora da lesão.	tratamento de lesão.		
5	Padronização de coberturas	Padronização junto à farmácia e setor de compras de coberturas que atendem a cada fase das lesões por pressão.	Reunião com o comitê de padronização e elencar a necessidade de coberturas de acordo com fase de evolução da lesão.	Membros da comissão/ Farmácia/ Compras	Mês 4
6	Reuniões ordinárias;	Apresentar perfil de pacientes internados e classificação das lesões de pele, bem como coberturas utilizadas. Quantidade de respostas a pareceres, bem como acompanhamento de melhora/piora da lesão.	Apresentar ao serviço a quantidade de pacientes que está sendo acompanhado pela comissão e orientações descritas em prontuário eletrônico de condutas de prevenção e tratamento de lesão.	Membros da comissão	Mês 4
6	Elaborar e alimentar indicadores de monitoramento da eficácia do serviço	Facilitar o acompanhamento do serviço, bem como apontamento de necessidade de melhorias.	Elaborando junto ao SGQ os indicadores estratégicos para monitoramento do serviço e planejamento de ações mediante resultados obtidos e metas não alcançadas.	Membros da comissão	Mês 5
6	Reuniões ordinárias;	Apresentar perfil de pacientes internados e	Apresentar ao serviço a quantidade de pacientes que está	Membros da comissão	Mês 5 Mês 6

		classificação das lesões de pele, bem como coberturas utilizadas. Quantidade de respostas a pareceres, bem como acompanhamento de melhora/piora da lesão.	sendo acompanhado pela comissão e orientações descritas em prontuário eletrônico de condutas de prevenção e tratamento de lesão.		Mês 7 Mês 8 Mês 9 Mês 10 Mês 11
7	Reuniões ordinárias;	Apresentar perfil de pacientes atendidos e acompanhados pelo serviço. Padronizações e ou mudanças de condutas. Cases de sucesso bem como apontamentos de oportunidade de melhoria.	Apresentar ao serviço a quantidade de pacientes que está sendo acompanhado pela comissão e orientações descritas em prontuário eletrônico de condutas de prevenção e tratamento de lesão.	Membros da comissão	Mês 12

10.2.2: ÁREA DA QUALIDADE

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

COMITÊ DE GERENCIAMENTO DOS PACIENTES COM RISCOPARA LONGA PERMANÊNCIA HOSPITALAR

Capítulo I
Disposições preliminares, objetivos e características

Art. 1º Este regimento dispõe sobre o funcionamento do Comitê de Longa Permanência (CLP) do Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado – (HERSO), gerido pelo HMTJ.

Art. 2º O CLP do HERSO é uma instância de assessoramento à gestão hospitalar, como uma das ações referentes à desospitalização e alta responsável no âmbito da Unidade de Clínica Médica (UCM) na instituição, atuando de acordo com as normas da Administração Pública, com os princípios constitucionais da legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e eficiência, além dos princípios da legitimidade, economicidade, transparência e supremaciado interesse público.

Art. 3º O monitoramento prestado pelo CLP tem como objetivos:

I - manter os padrões de excelência, eficácia e eficiência nas atividades envolvidas pelo serviço, como uma das ações referentes à desospitalização e alta responsável no âmbito da UCM da instituição.

II - otimizar processos de trabalho, protocolos e rotinas, priorizando a ética e o bem-estar de seus pacientes e colaboradores.

Capítulo II Competências

Art. 4º O CLP possui as seguintes competências:

I - dar suporte à missão, à continuidade e à sustentabilidade institucional, pela garantia razoável deatingimento dos objetivos estratégicos do hospital;

II - implementar ferramentas de gestão da qualidade hospitalar (*Projeto Lean, Kanban,* entreoutros);

III - identificar oportunidades de melhoria dos processos de trabalho no serviço da UCM;

IV– propor, monitorar e revisar metas e indicadores de gestão da qualidade hospitalar, priorizandosempre a melhoria dos resultados;

V - monitorar a efetividade das ferramentas de gestão da qualidade hospitalar

implementadas; VI – atualizar e executar mudanças oriundas de novos protocolos de saúde da UCM;

VII - propor capacitações e atualização do conhecimento para os colaboradores envolvidos nosprocessos de trabalho da UCM, sempre que necessário;

VIII – apresentar relatórios e resultados à governança HERSO, sempre que solicitado;

IX - colaborar com a adoção de práticas que institucionalizem a austeridade e gestão responsável dos recursos financeiros e/ou materiais do HERSO.

Capítulo III
Composição e mandato

Art. 5º Os membros do CLP serão designados por portaria da direção do HERSO, dentro do quadro efetivo de empregados/servidores, sem alterações de suas atribuições ou cargos durante sua participação no Comitê, o qual será composto por 1 (um) representante de cada área a seguir:

I – chefe da UCM, coordenador;
II – responsável técnico (RT) de enfermagem da UCM, vice-coordenador;
III – um enfermeiro;
IV – um farmacêutico;
V – um assistente social; VI – um psicólogo;
VII– um fisioterapeuta;
VIII – um nutricionista;
IX – quatro médicos:

a) três médicos da UCM;
b) um médico do Núcleo Interno de Regulação (NIR);

X – um assistente administrativo;
XI- um fonoterapeuta.

§ 1º Poderão participar do Comitê residentes médicos e multiprofissionais, e estagiários autorizadosem esquema de rodízio.

§ 2º Nos afastamentos e/ou impedimentos legais do coordenador, caberá ao vice-coordenador a gestão das ações do Comitê, com as competências e atribuições que lhe são inerentes.

§ 3º A função de membro do Comitê é indelegável, consistindo em encargo de trabalho, semacréscimo de carga horária e/ou vencimentos e vantagens.

Capítulo IV
Atribuições dos membros

Art. 6° São atribuições do coordenador do Comitê (e do vice, na ausência do coordenador): I - coordenar e supervisionar as atividades do Comitê;

II - representar o Comitê em suas relações internas e externas; III - instalar o Comitê e presidir suas reuniões;

IV - promover a convocação das reuniões;

V - tomar parte das discussões e votações e, quando for o caso, exercer o voto de qualidade;

VI- indicar membros para realização de estudos, levantamentos e emissão de pareceres necessáriosà consecução da finalidade do Comitê;

VII – atualizar os membros do Comitê, junto à Superintendência, a cada alteração na equipe, paraemissão de nova portaria;

VIII - manter sigilo sobre fato ou informação de qualquer natureza de que tenha conhecimento por força de sua participação no Comitê, a qualquer tempo, mesmo estando desligado do Comitê ou da instituição, salvo em decorrência de decisão do próprio Comitê, relatada em ata, ou outra decisão competente na esfera legal ou judicial, bem como de autoridade superior;

IX - participar pontual e assiduamente das reuniões ordinárias do Comitê, justificando as ausênciase afastamentos legais;

Art. 7º São atribuições dos demais membros do Comitê:

I – aplicar e relatar, nos prazos estabelecidos, os checklists que lhes forem atribuídos pelo coordenador;

II - comparecer às reuniões, proferir votos ou pareceres;

III - requerer votação de matéria, em regime de urgência;

IV - desempenhar outras atribuições que lhes forem estipuladas pelo coordenador;

V - apresentar proposições sobre as questões atinentes ao Comitê;

VI - manter sigilo sobre fato ou informação de qualquer natureza de que tenha conhecimento por força de sua participação no Comitê, a qualquer tempo, mesmo estando desligado do Comitê ou da instituição, salvo em decorrência de decisão do próprio Comitê, relatada em ata, ou outra decisão competente na esfera legal ou judicial, bem como de autoridade superior;

VII- participar pontual e assiduamente das reuniões ordinárias do Comitê, justificando as ausênciase afastamentos legais.

Art. 8º O CLP contará com um assistente administrativo que terá as seguintes atribuições:

I – participar pontual e assiduamente das reuniões ordinárias do Comitê, justificando as ausênciase impedimentos legais;

II - preparar e encaminhar o expediente;

III - manter o controle dos prazos legais e regimentais, referentes aos processos que devam serexaminados nas reuniões do Comitê;

IV - providenciar o cumprimento das diligências determinadas;

V - lavrar termos de abertura e encerramento de atas, de protocolo e de registro de deliberações,rubricando-os e mantendo-os sob controle;

VI - providenciar, sob determinação do coordenador, a convocação das sessões extraordinárias;

VII - encaminhar aos integrantes do Comitê a pauta das reuniões;

VIII - lavrar as atas das reuniões, para posterior aprovação do Comitê;

IX - providenciar arquivo de documentos pertinentes;

X - manter sigilo sobre fato ou informação de qualquer natureza de que tenha conhecimento por força de sua participação no Comitê, a qualquer tempo, mesmo estando desligado do Comitê ou da instituição, salvo em decorrência de decisão do próprio Comitê, relatada em ata, ou outra decisão competente na esfera legal ou judicial, bem como de autoridade superior;

XI - manter, em meio eletrônico, os processos, as correspondências e demais documentos do Comitê.

Art. 9º A todos os membros do CLP é obrigatório o cumprimento do que determina o Regimentodas Comissões, Comitês, Núcleos e Grupos de Trabalho do HERSO.

Capítulo V Reuniões/Funcionamento

Art. 10. O Comitê se reunirá para discussão dos casos uma vez por semana, por uma hora, visandoà otimização do cuidado.

§ 1º As reuniões terão início no horário marcado, com quórum mínimo de 3 (três) membros e serãorealizadas nas dependências do HERSO.

§ 2º Todos os presentes deverão assinar a lista de presença.

§ 3º Todas as matérias colocadas em pauta devem ser discutidas pelos membros do Comitê, sendodados todos os encaminhamentos.

§ 4º A cada reunião será providenciada a elaboração de ata com registro dos trabalhos, encaminhamentos, conclusões e deliberações, sendo assinada por todos os membros.

Art. 11. Será dispensado o membro que, sem motivo justificado, consignado em ata da reunião seguinte, deixar de participar de 3 (três) reuniões consecutivas ou de 6 (seis) não consecutivas no período de 1 (um) ano, sendo substituído por indicação da coordenação do CLP à direção do HERSO.

Parágrafo único. A indicação do substituto para a Superintendência deverá ser efetivada no prazomáximo de 15 (quinze) dias.

Capítulo VI Disposições finais

Art. 12. Quando o Comitê tiver conhecimento de situações que contenham evidências de fraude oudanos ao erário, deve comunicar formal e imediatamente à direção do HERSO.

Art. 13. Os casos omissos serão discutidos em reunião e encaminhados para conhecimento da GASdo Hospital.

Art. 14. Este regimento poderá ser revisto sempre que a maioria dos membros do Comitê julgar necessário, ou mediante publicação de portarias, instruções normativas, leis ou outros atos normativos inovadores.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.863, de 29 de setembro de 2003. Institui a Política Nacional de Atenção às Urgências. Diário Oficial da União,2003.
3. Lei nº 13.303/2016.
4. Política Nacional de Humanização do SUS. Monitoramento e avaliação na política nacional de humanização na Rede de Atenção e gestão do SUS: manual com eixos avaliativos e indicadores de referência. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009

HISTÓRICO DE ELABORAÇÃO/REVISÃO

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA AÇÃO/ALTERAÇÃO
1		Elaboração de Regimento (REG)

ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE- HMTJ
GERÊNCIA GERAL / DIRETORIA TÉCNICA / DIRETORIA CLÍNICA
Título: Planilha para Cronograma de Implantação da Comissão De Gerenciamento Dos Pacientes Com Risco Para Longa Permanência Hospitalar

Item	O que deverá ser feito?	Por que será feito?	Como será feito?	Por quem será feito?	Quando será feito?
1	Criar Comitê de Gerenciamento dos Pacientes com Risco para Longa Permanência Hospitalar	Por obrigatoriedade (conforme portaria) de acordo com necessidade;	Através de convite a membros NIR	Gerencia de enfermagem/Qualidade/NIR	Mês 1
2	Elaboração do regimento interno do Comitê	Padronizar o acompanhamento e determinação de períodos de longa permanência por tipo de CID/ clínica dos pacientes internados	Acompanhar implementação	Membros do Comitê de Gerenciamento dos Pacientes com Risco para Longa Permanência Hospitalar	Mês 2
3	Treinamento e capacitação da equipe	Capacitar equipe quanto a identificação dos pacientes com avaliação diária de longa permanência.	Aplicação de escalas	Membros do Comitê de Gerenciamento dos Pacientes com Risco para Longa Permanência Hospitalar	Mês 3
4	Registros de mudanças de procedimentos de pacientes internados	Atualização de cadastros de novas AIHs	Acompanhar registros	Membros do Comitê de Gerenciamento dos Pacientes com Risco para Longa Permanência Hospitalar	Mês 4
5	Monitoramento de taxas de permanências por clínicas	Avaliar casos de frequentes.	Acompanhar implementação	Membros do Comitê de Gerenciamento dos Pacientes com Risco para Longa Permanência Hospitalar	Mês 5
6	Monitorar permanências de pacientes	Acompanhamento semanal de tempos	Favorecer o giro de leito e propiciar aumento de		Semanalmente todos os meses

		de permanências por setores e especialidades junto ao NIR.	internações e cumprimento de metas contratuais.		do ano
7	Elaborar relatórios de ações da comissão e planejamento de ações futuras.	Subsidiar melhorias de processos e análises de dados.	Análise global das ações empreendidas durante o ano e propostas de melhorias baseadas nas experiências vivenciadas e perfil de pacientes de longa permanência.	Membros do Comitê de Gerenciamento dos Pacientes com Risco para Longa Permanência Hospitalar e Direção Clínica.	Mês 12

10.2.2: ÁREA DA QUALIDADE

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

NÚCLEO INTERNO DE REGULAÇÃO (NIR)

Regimento Interno do Núcleo Interno de Regulação

O presente documento tem a missão de padronizar, organizar, orientar e documentar os meios de registros e gerenciamento do Serviço do Núcleo Interno de Regulação englobando seu desenvolvimento alinhado às Diretrizes Organizacionais.

Para a realização adequada da gestão de leitos é necessário a padronização da regulação, que consiste em atividades que articulem o NIR e os pontos de atenção da RAS, de modo a definir, estruturar e acompanhar o fluxo dos usuários e o acesso às ações e aos serviços de saúde. É imprescindível o estabelecimento de uma rede de comunicação entre o NIR e as Centrais de Regulação (Ambulatorial, Hospitalar e de Urgência/Emergência) para efetivar o acesso do usuário em tempo oportuno e coerente ao recurso necessário

A Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) instituída por meio da Portaria de Consolidação nº2, de 28 de setembro de 2017, em seu art. 6º, inciso IV, define e recomenda a criação do Núcleo Interno de Regulação (NIR) nos hospitais, que deverá realizar a interface com as Centrais de Regulação; delinear o perfil de complexidade da assistência no âmbito do SUS e disponibilizar consultas ambulatoriais, serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, além dos leitos de internação, seguindo critérios preestabelecidos e protocolos quedeverão ser instituídos pelo NIR. Além disso, deve buscar vagas de internação e apoio diagnóstico e terapêutico fora do hospital para pacientes internados, quando necessário, conforme pactuação com a Redede Atenção à Saúde (RAS).

O Núcleo Interno de Regulação é uma Unidade Técnico-Administrativa que possibilita monitoramento do paciente desde a sua chegada a instituição, durante o processo de internação e sua movimentação interna e externa, até a alta hospitalar. É um órgão colegiado ligado hierarquicamente a Direção-Geral do Hospital e deve ser legitimado, com um papel definido e disseminado dentro da instituição, buscando a utilização dos leitos disponíveis em sua capacidade máxima dentro dos critérios técnicos definidos pela instituição, visando a diminuição da espera para internação, transferências externas e satisfação dos nossos clientes internos e externos

A estrutura organizacional do NIR é constituída por um enfermeiro rotina, médico plantonista e auxiliares administrativos que deverão atuar em conjunto com a Diretoria Técnica. É de responsabilidade do 1 enfermeiro rotina, equipe médica (plantonista da emergência) e 4 auxiliares administrativos manterem o NIR atuante dentro da Instituição, sete dias na semana.

Desta forma, as principais atribuições do NIR são:

Atribuições Gerais:

- Permitir o conhecimento da necessidade de leitos, por especialidades e patologias;
- Regular e gerenciar as diferentes ofertas de assistências existentes no território de abrangência;
- 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. Estabelecer e/ou monitorar o painel de indicadores da capacidade instalada hospitalar.
- Fomentar a implantação dos mecanismos de gestão da Unidade de pronto atendimento tais como Kamban, Projeto Terapêutico Singular, rounds diários da equipe multidisciplinar;
- Promover o uso dinâmico dos leitos de Observação, por meio do aumento de rotatividade e monitoramento das atividades de Gestão da UPA desempenhadas pelas equipes assistências.
- Permitir e aprimorar a interface entre a gestão interna da unidade e a regulação de acesso hospitalar por utilização da plataforma do SUSfácil.
- Qualificar os fluxos de acesso aos serviços e às informações no ambiente da Unidade de Pronto Atendimento;
- Aperfeiçoar os recursos existentes e apontar necessidades de incorporação de tecnologias no âmbito da assistência de Urgências e Emergências de acordo com a proposta de atendimento às necessidades de resolutividade do usuário;
- Promover a permanente articulação do conjunto das especialidades clínicas e cirúrgicas, bem como das equipes multiprofissionais garantindo a integralidade do cuidado, no âmbito da territorialidade.

- Aprimorar e apoiar o processo integral do cuidado ao usuário dos serviços médicos e assistenciais 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 Unidade, subsidiando a direção para a padronização de utilização de ofertas para tomada de decisão estratégica internamente;
- Colaborar tecnicamente, com dados de monitoramento na proposição e atualização de protocolos/diretrizes clínicas e procedimentos administrativos.

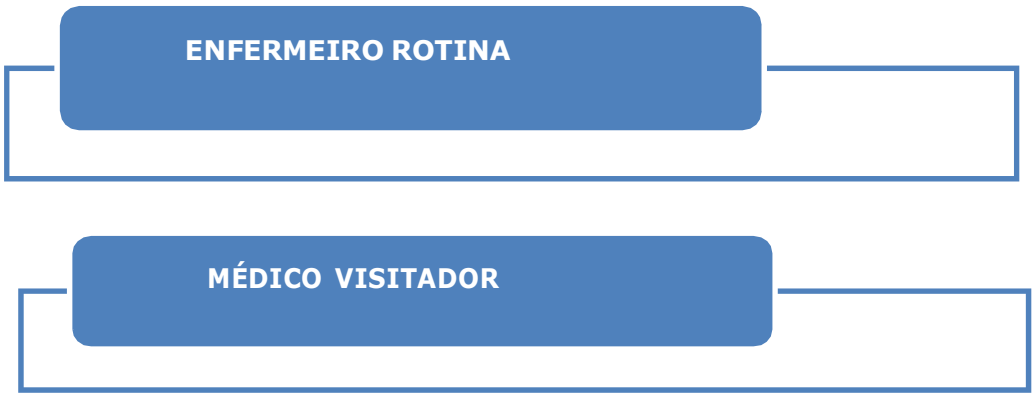
Aplicação

Enfermeiros, médicos e auxiliares administrativo.

Responsabilidades

É de responsabilidade do enfermeiro rotina, equipe médica e auxiliares administrativos manter atuanteo NIR dentro da Instituição do Hospital.

Estrutura Organizacional



AUXILIAR ADMINISTRATIVO

ATRIBUIÇÕES DA EQUIPE NIR

Compete ao regulador do NIR

- Acompanhar a demanda de solicitações de internação nos leitos de observação;
- Em caso de solicitação de 2 ou mais internações no mesmo momento, a priorização de internação acontece de acordo com a indicação do médico que será repassada pela enfermagem ao regulador;
- Solicitar, acompanhar e informar a disponibilidade de leitos e hospital de destino.
- Avaliar a clínica solicitada (enfermaria, uti, isolamento) e registrada na AIH.
- Acompanhar o fluxo de internação.
- Cadastrar as internações realizadas no programa SUSfácil, por meio do documento de AIH, este documento é de preenchimento obrigatório pelo profissional médico e deverá conter identificação do paciente, principais sinais e sintomas clínicos, condições que justifiquem a internação, principais resultados de exames laboratoriais, diagnóstico clínico, CID principal, CID secundário e CID de causas associadas, procedimento solicitado, clínica e caráter da internação, nome e carimbo do profissional
- Atualizar os laudos no sistema a cada 24 horas ou sempre que solicitado via regulação, descrevendo a última evolução médica realizada no sistema.
- Compete ao médico
- Cabe ao profissional médico determinar quando o paciente apresenta disfunções clínicas que demandem cuidados que necessitem internação hospitalar, exames ou tratamentos complementares aos não oferecidos na unidade sendo essas demandas solicitadas por meio de cadastro via SUSfácil.

- Critério para internação: afecções clínicas ou cirúrgicas que necessitem de avaliação especializada e ou tempo maior de tratamento superior a 24 horas.
- As AIH's devem ser direcionadas ao regulador no NIR, a fim de reunir os documentos necessários para internação do paciente e posterior transferência
- Após definição da necessidade de internação, o médico plantonista definirá uma clínica e tipo de transporte necessário.
- Caso haja alteração da AIH, o médico responsável deverá solicitar cancelamento da que foi emitida anteriormente e realizar relatório médico;
- O paciente será submetido a avaliação médica a cada 24 horas, ou conforme necessidade do mesmo ou de atualização do laudo do mesmo no sistema via SUSfácil.
- Os pacientes graves atendidos na sala vermelha, são avaliados a cada plantão de 12 horas e atualizado o laudo via SUSfácil.
- Paciente que demandem avaliação ou acompanhamento de especialistas via ambulatorial, como cardiologia, urologia, angiologia/vascular, oftalmologia, endocrinologia e afins, deverão seguir o fluxo estabelecido pelo município, devendo ser emitido encaminhamento pelo médico plantonista, onde o usuário ou familiar deve procurar a unidade básica de saúde mais próxima de sua residência, onde a mesma se encarregará de realizar o agendamento da consulta para o paciente via fluxo da unidade.
- Em caso de atendimento a gestantes, as mesmas serão triadas e atendidas pelo médico e quando apresentarem queixas que demandem avaliação obstétrica, pelo unidade de referência, sem necessidade de internação por via SUSfácil, visto que o mesmo é porta aberta a demanda das gestantes.
- Os pacientes que demandem avaliação cirúrgica ou ortopédica de média complexidade (fraturas com desvio, fraturas cirúrgicas, luxações ou entorses que demandem avaliação em ambiente hospitalar), deverão ser cadastradas no SUSfácil para solicitação desde procedimento.
- Em casos de gravidade, onde se enquadrem na regulação segundo nosologias do SAMU 192 , deverá ser contatado o 192 para a solicitação de vaga.
- Casos oftalmológicos graves, serão regulados no SUSfácil e os casos não graves, serão encaminhados para as UBS para tratamento via TFD.
- Os pacientes que apresentem quadro de Dor torácica de início em até 3 horas, que apresentem ECG com supra de ST, devem ser regulados via SAMU 192.
- Os pacientes que apresentem sinais e sintomas clínicos de AVC de início súbito, conforme nosologia descrita no Anexo, também devem ser direcionados via SAMU 192.

- Em caso de pacientes de distúrbio psiquiátrico que necessitem de contrarreferência ao serviço de psicologia, saúde mental ou CAPS, o médico deverá solicitar avaliação através de relatório e encaminhar ao serviço social, se durante seu expediente que realizara as condutas necessárias para continuidade da assistência do paciente.
- Pacientes internados devido com quadro de surto psicótico que necessite de internação e tratamento hospitalar, deverão ser cadastrados via SUSfácil por meio de AIH e solicitado transferência para hospital via regulação.
- Em caso de pacientes que necessitem de demandas sociais, será solicitado como contrarreferências ao serviço de assistência social, CRAS, solicitar avaliação e intervenção do serviço social, que realizara as condutas necessárias para continuidade da assistência do paciente ou alta e acompanhamento pelo serviço social do município.
- Casos de paciente de tentativa de autoextermínio que necessitem de contrarreferência ao serviço de psicologia e saúde mental, CAPS, solicitar avaliação e intervenção do serviço social, que realizara as condutas necessárias para continuidade da assistência do paciente, conforme Central de regulação.
- As internações de média complexidade serão solicitadas preferencialmente para unidade hospitalar de referência. Em caso de indisponibilidade de leito ou tratamento no hospital, será solicitado via SUSfácil. redirecionamento do laudo a hospitais da região circunvizinhas ou até mesmo hospitais pertencentes a macrorregiões, cabendo ao médico regulador do sistema direcionar o laudo ao hospital adequado para atendimento da demanda.

Atribuições da Equipe Médica:

- Acompanhar e avaliar os pacientes internados nos leitos de Urgência da UPA bem como os leitos de observação da UPA identificando aqueles que têm potencial para transferências a outros setores e/ou outras instituições a depender de sua complexidade;
- Identificar as pendências (avaliações e exames) e providenciar junto à equipe a sua resolução;
- Identificar pacientes com critérios de alta e acionar serviço social para auxílio com a logística de referências às unidades básicas e unidades de apoio para continuidade da assistência a esses pacientes e redução de reinternação na unidade;
- Avaliar e responder as solicitações de vagas externas de acordo com a disponibilidade de leitos ocupados diariamente;

- Em casos de transferências para outras instituições providenciar o relatório de transferência e realizar contato prévio com equipe médica de destino para que o caso seja aceito e assim formalizado o pedido de transferência utilizando a plataforma do SUSfácil e via telefone quando julgar necessário.

Atribuições do Enfermeiro:

- No início do plantão o enfermeiro do NIR deverá apoiar a equipe assistencial dos diversos setores na avaliação dos pacientes nas observações, facilitando e viabilizando o seu desfecho, seja ele alta ou internação;
- Interagir com a equipe multidisciplinar assistencial, para viabilizar os casos de transferência e aceitação de pacientes externos regulados pelo Samu;
- Realizar a interface entre a Regulação e a equipe da emergência e após a avaliação médica, determinar conjuntamente os usuários elegíveis para ocupação de leitos de Observação de acordo com a classificação de risco, bem como à deterioração clínica após primeiro atendimento;
- Auxiliar a equipe do NIR na definição, avaliação e padronização dos pacientes na ocupação dos leitos disponíveis nos leitos de urgência e observação 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 SUSfácil ou em visitas aos setores vermelhos e amarelo da UPA;
- Adequar os leitos disponíveis por especialidade e gênero (feminino e masculino);
- Monitorar os leitos atentando para o tempo de permanência;
- Identificar e notificar mediante relatório mensal os obstáculos pertinentes ao processo de transferências e atuação do NIR;
- Alimentar a planilha dos indicadores a afim de proporcionar dados para tomada de decisão da Alta Liderança;
- Participar de todas as reuniões que envolvam a equipe do NIR.

Atribuições dos Auxiliares Administrativo:

- Verificar o quantitativo de vagas nos setores de internação da UPA : leitos de urgência e leitos de observação que estão disponíveis para o dia repassando

essa informação para equipe médica, bem como alimentar o sistema de informação;

- Realizar o censo diário dentro do período proposto: 06, 12 e 19 horas, e disponibilizar a equipe multidisciplinar;
- Alimentar a planilha de dados no computador dos pacientes transferidos (saídas da ambulância: Nome do paciente, data, tipo de ambulância, motivo da saída, destino se foi ida/volta), pacientes internados durante o plantão noturno e bem como a atualização dos internados e altas, conforme o perfil clínico, nos leitos de Urgência e Observação;
- Esses dados incluem: Nome do paciente, Data de nascimento, Número do Prontuário, Número da FA, Data de internação, Se realizou Raios-X, Se realizou exame externo, Mês de internação, Alta, Óbito, Transferência e Data do desfecho.
- Receber os prontuários dos pacientes internados, mantendo em sua pasta com número do leito de destino;
- Separar documentação e prontuário dos pacientes que irão ser transferidos no dia, contendo: Cópia do relatório de Transferência com o aceite do hospital de destino, cópia da FAA, cópias dos exames laboratoriais do dia, Laudos dos exames de imagem mais recentes, Cópia da prescrição do dia, Cópia da evolução de enfermagem e ficha de transferência segura;
- Agendar exames externos, sinalizando a equipe sobre a data agendada e fixando no prontuário do paciente o check list do exame especificado;
- Em casos de transferências e avaliações, deve ser atualizado a guia do SUSfácil;
- Agendar com equipe de transporte as saídas da ambulância, tanto para transferências quanto para avaliações/realizações de exames;
- Encaminhar a APAC de exames e/ou procedimentos devidamente agendados para autorização da direção-Clínica bem como da Rede de Atenção (DRC);
- Manter o quadro de pacientes atualizado.

Internações nos leitos de Observação e ou leitos de Urgência.

A unidade de pronto atendimento possui leitos de urgência (Observação vermelha), com equipe de enfermagem e médica disponível nas 24hs por dia. As internações nos leitos de urgência iniciam-se pela classificação de risco de pacientes com critérios de gravidade e risco elevados aplicados na classificação

pelo enfermeiro, bem como as regulações diretas via SAMU e central de regulação.
Os pacientes são acomodados nos leitos e são monitorizados e ofertados suporte intensivo de cuidados até sua estabilização e posterior transferência para outra unidade hospitalar de referência na oportunidade de uma vaga.

As internações na unidade se darão após os pacientes serem atendidos ou reavaliados pelo médico. O paciente é encaminhado ao setor de observação, onde médico preenche e imprime a AIH (Autorização de Internação Hospitalar), prescrição e evolução e entrega a enfermagem. Após isso a enfermagem recebe o paciente, admite e o acomoda no leito até a liberação do leito disponível. Após a emissão da AIH o paciente tem que ser admitido no setor de urgência de acordo com a classificação de risco e linhas de cuidados nos protocolos clínicos institucionais bem como direcionados para os leitos de Observação, com a devida validação da passagem de plantão para o enfermeiro receptor. Enfermeiro solicita o leito no setor NIR e sinaliza na AIH e entrega ao Apoio Assistencial para realizar a internação via sistema e abrir o prontuário do paciente que deve conter: Pasta com identificação do paciente na capa e AIH anexada na frente, cópia do RG e etiquetas e 1 pulseira de identificação. Apoio Assistencial entrega o prontuário à enfermagem, que coloca a identificação beira leito contendo as informações do paciente e gerenciamento de risco levantados e confere a pulseira de identificação no antebraço do paciente.

OBS: A enfermagem encaminha o paciente até o leito de observação e ou de urgência com auxílio de cadeira de rodas ou maca (Conforme Protocolo de Segurança do Paciente) passa o plantão para o técnico responsável pelo paciente e o acomoda no leito.

Transporte seguro do Paciente:
Pensando na garantia de um transporte seguro, onde os danos ao paciente devem ser minimizados, o NIR regulamenta as responsabilidades e as formas de transporte dos clientes no âmbito interno e extra-hospitalar visando garantir a segurança e evitar/reduzir a ocorrência de eventos adversos.

As transferências são de responsabilidades das equipes contemplando médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem. Dentre os tipos de transferências podemos elencar as transferências interna: que é a transferência temporária

ou definitiva de pacientes por profissionais de saúde dentro da UPA denominadas como Transferências Inter Setorial, onde o tipo de transporte escolhido pode ser por cama, cadeira de rodas, berço, maca, onde a avaliação para escolha do transporte deverá ser utilizado o instrumento de avaliação institucional preconizado pela Unidade de Pronto Atendimento, nas ocasiões de transferência interna entre os leitos de observação para os leitos de urgências estabelecidas após avaliação diária da clínica do paciente por monitoramento da escala de NEWS (Deterioração clínica) e ou a transferência interna do setor de Urgência para os leitos de observação os casos de pacientes que obtiveram melhora clínica significante e ainda não foram contemplados com vagas nas redes de apoio terciária. Um outro momento utiliza este formulário de movimentação segura compreenda no encaminhamento para realização de exames internamente e ou em prestadores de serviços terceiros.

As transferências Inter-hospitalar que é a transferência de pacientes entre unidades não hospitalares onde o tipo de transporte se dá por meio de ambulância simples, ambulância com suporte avançado (UTI) e a escolha do transporte para esse tipo de transferência se dará por meio do instrumento de avaliação preconizado pela Rede de Transferência de Urgência do Estado.

o NIR solicita a ambulância após avaliação do paciente realizada pelo Médico e Enfermeiro, onde a escolha do tipo de transporte é feita por meio do preenchimento da Ficha de Transferência da Rede de Urgência paciente, optando por ambulância SIMPLES ou UTI.

Antes de sair da unidade para transferência Inter-hospitalar, é de responsabilidade da equipe do transporte testar o funcionamento dos equipamentos; monitorizar o cliente; manter drogas vasoativas e NPP sob infusão em BIC; fechar cateteres e desprezar efluentes; verificar integridades/fixação de curativos. Ainda cabe ao condutor da ambulância verificar os equipamentos necessários durante o transporte que são: monitorização cardíaca; Ventilador de transporte ou cilindro de O^2; Bomba de Infusão Contínua, Desfibrilador e materiais de reanimação e medicamentos.

Após a realização do transporte é necessária avaliação e relato de possíveis complicações/eventos adversos, avaliar presença de erros preveníveis, assegurar assistência segura, qualificada e eficiente e o registros com data,

horário, local de destino, cuidados realizados, descrição dos profissionais, intercorrências e medidas tomadas e horário de retorno.

FLUXO PARA ACEITE DE TRANSFERÊNCIAS DAS UPA'S

- As vagas das unidades pertencentes à RAS do município são monitoradas pelo NIR através da utilização da plataforma intranet SUSfácil e quando ocorre o aceite pela instituição de referência o NIR comunica a equipe médica responsável pela unidade seja os leitos de observação e ou os leitos de urgência da UPA, sendo portanto organizado o prontuário e documentações necessárias para transferência bem como a comunicação com o familiar.

CRITÉRIOS DE TRANSFERÊNCIAS:

- Todo paciente internado com necessidade de tratamento em ambiente hospitalar ou necessidade de avaliação especializada a partir de vaga autorizada via SUSfácil.
- Em caso de 2 ou mais transferências permitidas simultaneamente via SUSfácil, serão avaliados critérios de gravidade para priorizar a transferência. Pacientes com quadro de doença infecto-contagiosa sob precaução/isolamento deverá ser feito a desinfecção terminal da ambulância, conforme o protocolo do SCIH.

Compete ao regulador do NIR

- Orientar a enfermagem quanto aos documentos necessários para transferência.
- Informar a negativa para a instituição de saúde solicitante, caso o usuário não seja elegível para transferência.
- Os laudos serão acompanhados pelo regulador do NIR, 24 horas, sendo de responsabilidade do mesmo informar os aceites e negativas dos pacientes a equipe de enfermagem para providência da transferência, atentando para os cuidados referente ao transporte.

ALTA

Compete a enfermagem

- Preparar o paciente para transferência no momento de liberação da vaga, atentando para os cuidados referente ao transporte como também o preenchimento do relatório.
- Comunicar ao acompanhante e/ou familiar sobre a transferência. Quando o paciente estiver sem acompanhante realizar contato via telefone.

- Comunicar ao NIR, a movimentação interna (transferência entre setores), para que seja realizado a atualização no sistema, atentando para o preenchimento do relatório de transferência/movimentação do paciente.
- Verificar com o NIR a pendência para transferência e solicitar resolução junto ao plantonista.
- Critério de alta: Os pacientes que evoluíram com melhora do quadro clínico, não necessitando mais de avaliação do especialista, transferência ou intervenção cirúrgica.

Compete ao médico

- Justificar a alta do paciente, emitindo sumário de alta e comunicar a equipe de enfermagem. Compete ao NIR.
- Dar baixa no laudo existente no SUSfácil, comunicando o motivo de alta e solicitando dispensa da transferência do paciente.
- Organizar os papéis do prontuário e encaminhar para o faturamento junto com o prontuário da assistência.
- Realizar as devidas baixas no sistema Salus e nas planilhas de internação, assim também como comunicar a equipe a alta do paciente.
- Compete ao regulador, após uma alta, transferência ou óbito, imprimir e anexar ao prontuário do paciente o laudo do SUSfácil com suas evoluções e ocorrências geradas durante sua permanência na unidade.
- Imprimir as negativas geradas enquanto paciente estiver aguardando leito, e ao fim desse processo de permanência na UPA (transferência, alta ou óbito) anexar ao prontuário do paciente todas as negativas.

Compete a enfermagem

- Informar o NIR que o paciente recebeu alta.
- Assim como posteriormente todos os setores envolvidos em sua assistência (farmácia, serviço de nutrição e limpeza), devendo a farmácia e enfermagem emitir as orientações pertinentes de cuidados domiciliares.
- Em caso de pacientes acamados poderá ser solicitado transporte do município para conduzir o mesmo ao domicílio.

Fluxo para solicitação de exames externo da UPA

- O médico rotina avalia o paciente, identificando a necessidade da realização de um exame o mesmo preenche o formulário do pedido (SADT, APAC), após o preenchimento o formulário é entregue a assistente administrativo do NIR, que reúne toda a documentação necessária (FAA, CADSUS, EVOLUÇÃO MÉDICA), feito isso encaminhamos o pedido para a unidade de referência em casos de USG e TC que realiza o agendamento e encaminha o protocolo com orientações. Essas orientações pertinentes para a realização do exame são protocoladas aos enfermeiros dos setores de leitos de urgência e leitos de Observação no qual o paciente se encontra e ainda sinalizamos no quadro de Gestão a Vista o dia da realização do exame.
- Fluxo para controle de saídas da ambulância
- Sempre que houver necessidade, o setor sinaliza ao NIR que haverá uma saída, o médico através do SBAR sinaliza ao NIR se será transporte básico ou avançado, e após essas informações solicitamos o transporte.
- O transporte de Ambulância é destinado a transferências, realizações de exames e avaliações em outras instituições. O transporte para alta hospitalar não é permitido, salvo os casos em que os pacientes apresentarem déficit motor e não apresentar condições de manter-se sentado, nessas situações o Enfermeiro da unidade avalia a necessidade e comunica o NIR.
- Fluxos de atendimento de acordo com as nosologias do SAMU
- Conforme Portaria 10/2017 no que tange as atividades das UPAS 24hs mesma se compromete a prestar atendimento resolutivo e qualificado aos pacientes acometidos por quadros agudos ou agudizados de natureza clínica, e prestar o primeiro atendimento aos casos de natureza cirúrgica e de trauma, estabilizando os pacientes e realizando a investigação diagnóstica inicial, de modo a definir a conduta necessária para cada caso, bem como garantir o referenciamento dos pacientes que necessitarem de atendimento conforme quadro abaixo.
- Mediante este princípio o Núcleo Interno de Regulação (NIR) segue recomendações de referências e contrarreferências pautados nas nosologias da rede do SAMU da microrregião com objetivo de acolher o paciente e direciona-lo para RAS de acordo com sua complexidade de atendimento. Segue abaixo os fluxos e referencias que serão adotados pela UPA.

Fluxo para controle de saídas da ambulância

- Sempre que houver necessidade, o setor sinaliza ao NIR que haverá uma saída, o médico através do SBAR sinaliza ao NIR se será transporte básico ou avançado, e após essas informações solicitamos o transporte.
- O transporte de Ambulância é destinado a transferências, realizações de exames e avaliações em outras instituições. O transporte para alta hospitalar não é permitido, salvo os casos em que os pacientes apresentarem déficit motor e não apresentar condições de manter-se sentado, nessas situações o Enfermeiro da unidade avalia a necessidade e comunica o NIR.

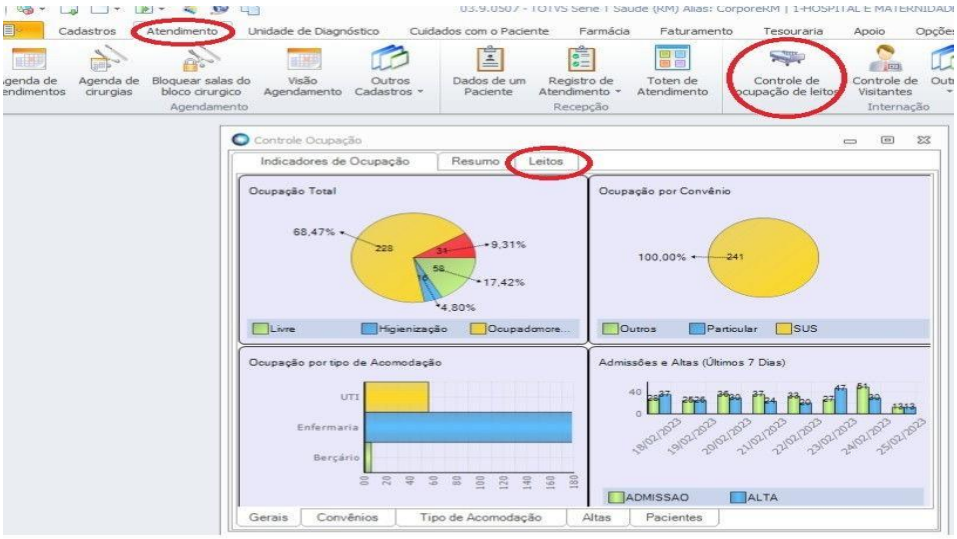
Fluxos de atendimento de acordo com as nosologias do SAMU

- Conforme Portaria 10/2017 no que tange as atividades das UPAS 24hs mesma se compromete a prestar atendimento resolutivo e qualificado aos pacientes acometidos por quadros agudos ou agudizados de natureza clínica, e prestar o primeiro atendimento aos casos de natureza cirúrgica e de trauma, estabilizando os pacientes e realizando a investigação diagnóstica inicial, de modo a definir a conduta necessária para cada caso, bem como garantir o referenciamento dos pacientes que necessitarem de atendimento conforme quadro abaixo.
- Mediante este princípio o Núcleo Interno de Regulação (NIR) segue recomendações de referências e contrarreferências pautados nas nosologias da rede do SAMU da microrregião com objetivo de acolher o paciente e direciona-lo para RAS de acordo com sua complexidade de atendimento. Segue abaixo os fluxos e referencias que serão adotados pela UPA.

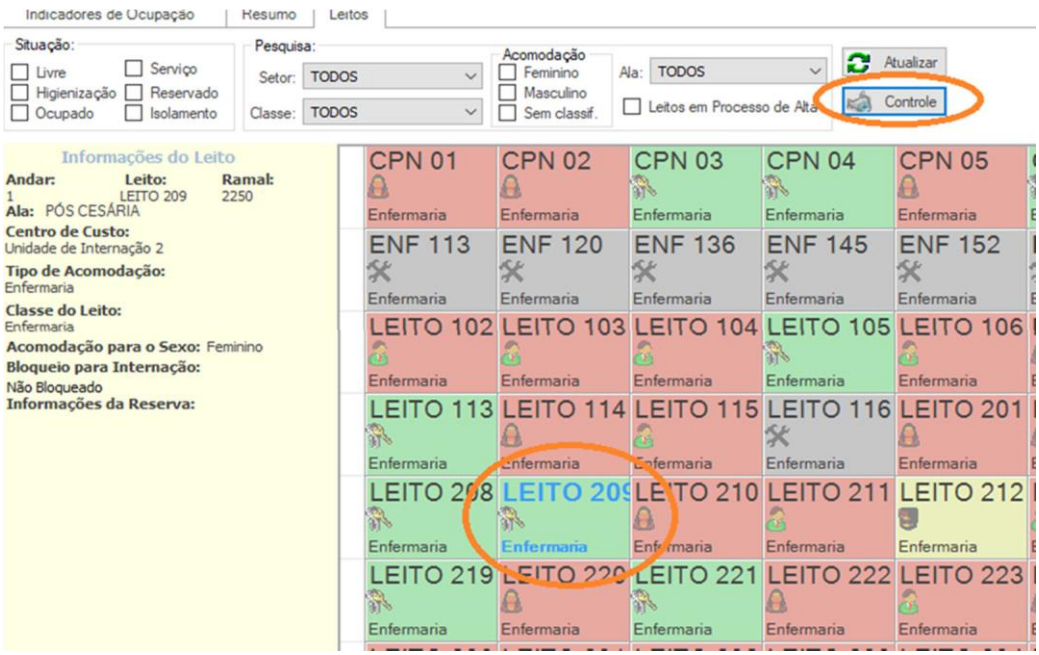
Anexos – Gerenciamento de Leitos:

Reserva de leito:

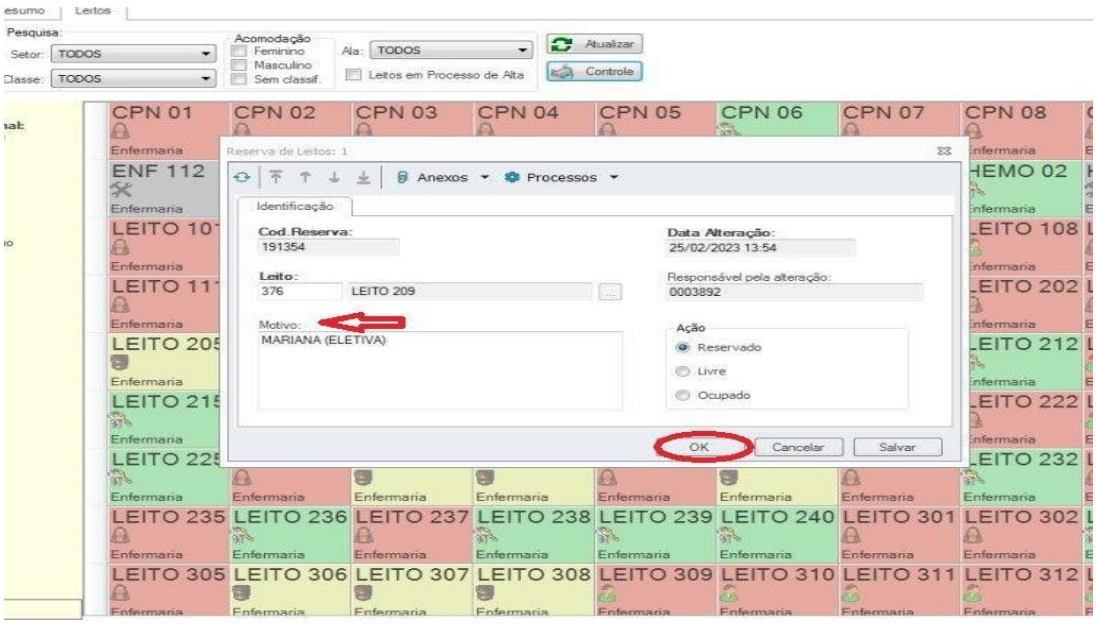
1- Clique em Atendimento - Controle de Ocupação de Leitos - leitos.



1- Clique em Leitos. Clique sobre o leito que queira reservar (verde) e em seguida clique em Controle → Reservar Leito.

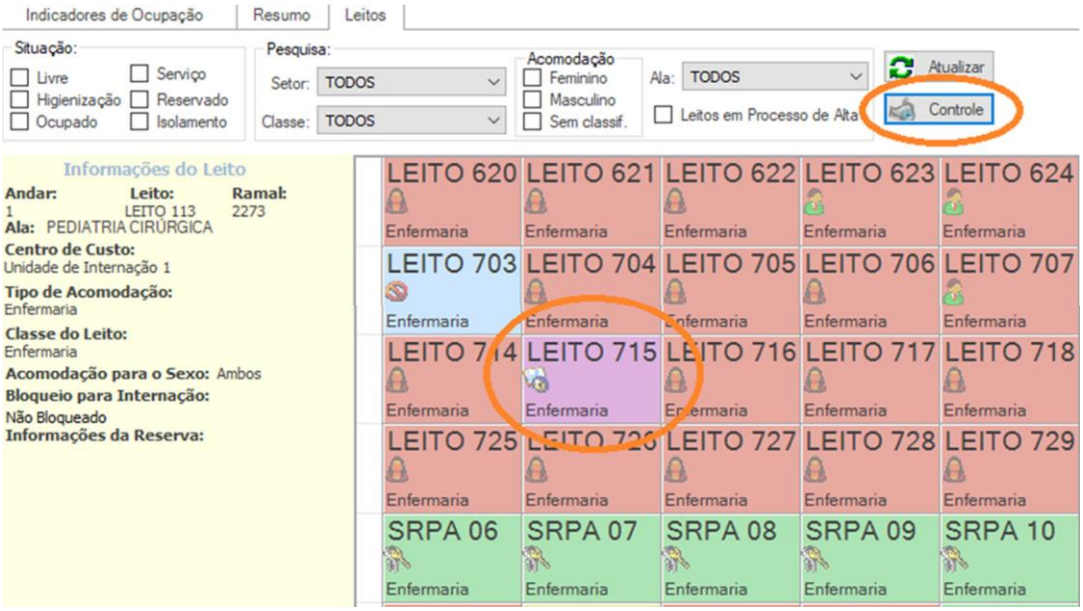


3- Preencher o campo 'Motivo' com nome do paciente e o setor de origem, em seguida, clique em Ok.

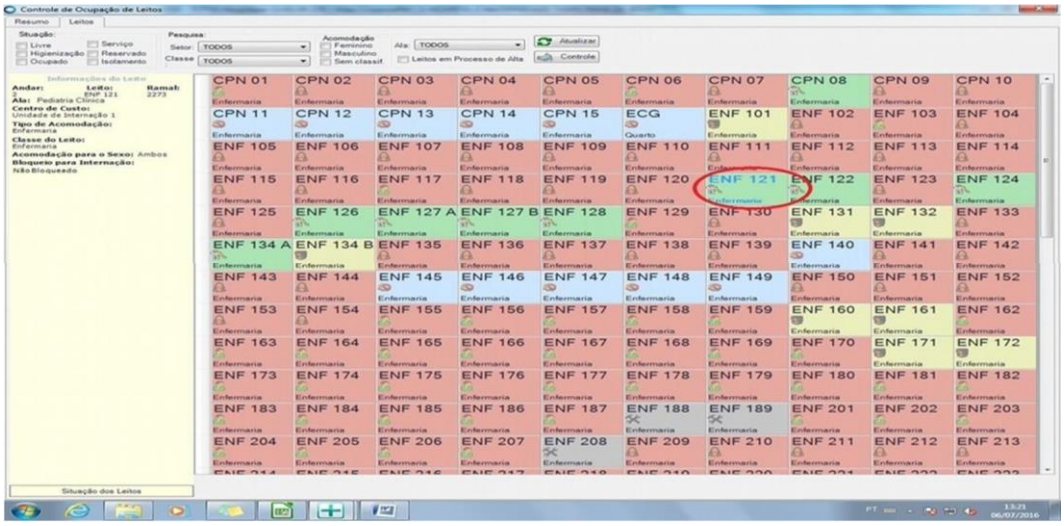


Cancelar reserva:

4- Clique em Controle de Ocupação de Leitos → Leitos. Clicar sobre o leito que queira cancelar reserva (roxo). Em seguida, clique em Controle → Cancelar Reserva.



5- O leito selecionado ficará livre(verde).



Leito em Higienização (Amarelo):

Se houver solicitação de leito e no momento esteja ocupado, aguardar alta e assim que liberar, reservar.

Para que o leito saia do processo de Higienização e retorne como Livre no sistema, basta clicar sobre o leito (em amarelo) e posteriormente clicar em Controle → Liberar (Higienização - Livre). O Leito voltará a ficar Livre (na cor verde) novamente.

DISPOSIÇOES FINAIS

Os indicadores referentes à atuação do serviço ficam dispostos através do SIGQUALI, em referência a ação e Diretriz Estratégica Institucional. A descrição padronizada de cada atividade fica estabelecida no Procedimento Operacional Padrão (POP) e Procedimento Sistêmico de cada setor (PRS) bem como fluxogramas dos serviços ficam à disposição de todos os colaboradores por meio do sistema SIGQUALI.

Esta política deverá ser respeitada em todas as circunstâncias, levando-se em consideração as leis do mercado local, o contexto específico, ético e o bom senso. Qualquer exceção deverá ser encaminhada ao Recursos Humanos (RH) para análise e aprovação junto a Diretoria Administrativa da Entidade.

ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE- HMTJ	
GERÊNCIA GERAL / DIRETORIA TÉCNICA / DIRETORIA CLÍNICA	
Título: Planilha para Cronograma de Implantação do Núcleo Interno De Regulação	

Item	O que deverá ser feito?	Por que será feito?	Como será feito?	Por quem será feito?	Quando será feito?
1	Criar NIR	Por obrigatoriedade (conforme portaria) de acordo com necessidade;	Através de eleição de membros da equipe multiprofissional	Gerencia geral	Mês 1
2	Reuniões ordinárias;	Apresentar as taxas de ocupação e permanência de pacientes internados por especialidade, número de admissões no período, número de transferências, AIHs aceitas/canceladas análises de casos, e propostas de melhorias.	Relatórios de emitido via sistema e acompanhamento da unidade com relação a disponibilidade de leitos.	Membros NIR	Mês 2
3	Elaborar Regimento Interno da Comissão	Para oferecer suporte e orientação das atividades e bases de dados de acordo com perfil epidemiológico de atendimento e divisão de leitos por especialidade complexidade.	Relatório via sistema do número de pacientes atendidos por profissional/especialidade/setores.	Membros NIR	Mês 3
4	Reuniões ordinárias;	Apresentar as taxas de ocupação e permanência de pacientes internados por	Relatórios de emitido via sistema e acompanhamento da unidade com relação a disponibilidade de leitos.	Membros NIR	Mês 3

		especialidade, número de admissões no período, número de transferências, AIHs aceitas/canceladas análises de casos, e propostas de melhorias.			
5	Elaborar e alimentar indicadores de monitoramento da eficácia do serviço	Facilitar o acompanhamento do serviço, bem como apontamento de necessidade de melhorias.	Elaborando junto ao SGQ os indicadores estratégicos para monitoramento do serviço e planejamento de ações mediante resultados obtidos e metas não alcançadas.	Membros NIR	Mês 4
6	Reuniões ordinárias;	Apresentar as taxas de ocupação e permanência de pacientes internados por especialidade, número de admissões no período, número de transferências, AIHs aceitas/canceladas análises de casos, e propostas de melhorias.	Relatórios de emitido via sistema e acompanhamento da unidade com relação a disponibilidade de leitos.	Membros NIR	Mês 4 Mês 5 Mês 6 Mês 7 Mês 8 Mês 9 Mês 10 Mês 11
7	Reuniões ordinárias;	Apresentar Compilado de taxas de ocupação e permanência de pacientes internados por especialidade, número de	Divulgação de resultados e identificação de oportunidades de melhorias bem como o não atingimento de metas contratuais.	Membros NIR	Mês 12

		admissões no período, número de transferências, AIHs aceitas/canceladas análises de casos, e propostas de melhorias.			

10.2.2: ÁREA DA QUALIDADE

QUALIDADE OBJETIVA: AVALIA MEDIDAS DA PROPOSTADETRABALHO PARA IMPLANTAÇÃO DE COMISSÕES

COMISSÃO DE ACIDENTES COM MATERIAL BIOLÓGICO (CAMB)

COMISSÃO DE ACIDENTES COM MATERIAL BIOLÓGICO (CAMB)

REGIMENTO INTERNO

CAPÍTULO I
DA FINALIDADE

Art. 1° O presente Regimento Interno tem por objetivo reger a composição, as atribuições, a estrutura, as competências e o funcionamento da Comissão de Biossegurança em Saúde;

Art. 2º A Comissão de Biossegurança em Saúde será composta pelo número de representantes definido pelo Hospital.

§ 1º Cada representante titular terá um suplente.

§ 2º Os membros titulares e suplentes da Comissão de Biossegurança em Saúde serão indicados pelos dirigentes de seus respectivos órgãos e entidades à Coordenação da Comissão de Biossegurança em Saúde e designados pelo Ministro da Saúde.

Capítulo II - Da área de atuação e da estrutura

Art. 3º Caberá à Comissão:

I - participar, nos âmbitos nacional e internacional, da elaboração e reformulação de normas no âmbito da biossegurança;

II - proceder ao levantamento e à análise das questões referentes à biossegurança, visando identificar seus impactos e suas correlações com a saúde humana;

III - propor estudos para subsidiar o posicionamento da Instituição na tomada de decisões sobre temas relativos à biossegurança;

IV - propiciar debates públicos sobre biossegurança, por intermédio de reuniões e eventos abertos à comunidade; e

V- estimular a integração de ações dos diversos órgãos do Sistema Único de Saúde - SUS, nas questões de Biossegurança em Saúde.

Art. 4º Para cumprimento de suas finalidades, definidas neste Regimento Interno, a Comissão de Biossegurança em Saúde terá a seguinte estrutura:

I - Coordenação;

III - Apoio Administrativo;

IV - Grupos de Trabalho.

Seção I - Da Coordenação

Art. 5º O primeiro representante indicado pela Instituição, exercerá a Coordenação da Comissão de Biossegurança em Saúde.

Subseção I - Do Apoio Administrativo

Art. 7º O Apoio Administrativo será prestado por servidores da Hospital à qual estiver vinculada a Coordenação da Comissão de Biossegurança em Saúde e proverá o suporte necessário ao desenvolvimento de suas atividades.

Subseção II - Dos Grupos de Trabalho

Art. 9º Quando houver necessidade, serão constituídos, no âmbito da Comissão, Grupos de Trabalho com a atribuição de discutir e analisar questões referentes à biossegurança em saúde, além de elaborar documentos técnicos para subsidiar os membros da Comissão de Biossegurança em Saúde.

Art. 10. Os Grupos de Trabalho serão compostos por representantes dos setores, e das entidades integrantes da Comissão de Biossegurança em Saúde.

§ 1º A Coordenação da Comissão de Biossegurança em Saúde proverá o apoio administrativo necessário ao desenvolvimento das atividades dos Grupos de Trabalho e atenderá às solicitações de suas Coordenações.

§ 2º A participação dos integrantes dos Grupos de Trabalho, inclusive de suas Coordenações, fica vinculada à conclusão das metas definidas quando de sua criação e ao seu mandato na Comissão de Biossegurança em Saúde.

§ 3º Os Consultores de que trata o artigo seguinte poderão ser convidados a assessorar os Grupos de Trabalho.

Capítulo IIII - Das competências e das atribuições

Art. 12. Compete à Coordenação:

I - convocar as reuniões da Comissão de Biossegurança em Saúde;

II - dirigir as sessões da Comissão de Biossegurança em Saúde;

III - submeter à Comissão de Biossegurança em Saúde todos os assuntos constantes da pauta de reunião;

IV - assinar os atos destinados a formalizar e documentar as decisões da Comissão de Biossegurança em Saúde;

V- convidar a participar das reuniões, após consulta e aprovação da Comissão de Biossegurança em Saúde, consultores para auxiliar na discussão de casos específicos;

VI - convocar reuniões extraordinárias;

VII - distribuir aos membros da Comissão de Biossegurança em Saúde matérias para seu exame e parecer;

VIII - zelar pelo cumprimento das normas deste Regimento e resolver as questões de ordem; e

IX - representar ou indicar representante da Comissão de Biossegurança em Saúde nos atos que se fizerem necessários, respeitada a natureza de suas atribuições.

Art. 13. Compete ao Apoio Administrativo:

I - apoiar administrativamente a Comissão de Biossegurança em Saúde;

II - manter arquivos e registros de documentos e atividades relacionadas à Comissão de Biossegurança em Saúde;

III - elaborar atas e memórias das reuniões;

IV - manter grupo eletrônico de discussão no âmbito da Comissão de Biossegurança em Saúde;

V- divulgar, em âmbito nacional, as atividades da Comissão de Biossegurança em Saúde, por sua determinação;

VI - encaminhar documentos produzidos ou solicitados pelos membros; e

VII - exercer outras funções administrativas, a critério da Coordenação, necessárias ao bom desempenho das atividades da Comissão de Biossegurança em Saúde.

Art. 14. São atribuições dos membros:

I - comparecer, participar e votar nas reuniões da Comissão de Biossegurança em Saúde;

II - aprovar as pautas e memórias de reunião, elaboradas pela Coordenação;

III - propor a convocação de reuniões extraordinárias da Comissão de Biossegurança em Saúde;

IV - examinar e relatar expedientes que lhes forem distribuídos pela Coordenação, dentro dos prazos estabelecidos;

V- propor atividades de interesse para a Comissão de Biossegurança em Saúde;

VI - aprovar, em reunião plenária, os Grupos de Trabalho, seu âmbito, duração e escopo de trabalho; e

VII - indicar, dentre eles, os dirigentes da primeira reunião dos Grupos de Trabalho, em que se escolherá sua Coordenação.

Parágrafo único. Os membros titulares, em suas faltas, serão substituídos pelos respectivos suplentes nas reuniões da Comissão de Biossegurança em Saúde, com iguais atribuições.

Art. 15. Compete aos Grupos de Trabalho:

I - indicar a Coordenação do Grupo de Trabalho, em sua primeira reunião, a qual irá conduzir e coordenar as reuniões técnicas relacionadas à matéria sob seu exame;

II - propor a alteração de sua composição à Coordenação; e

III - apresentar relatórios das atividades desenvolvidas pelo seu Grupo de Trabalho, nas reuniões plenárias da Comissão de Biossegurança em Saúde, podendo indicar relator para fazê-lo.

Art. 16. Aos Consultores cabe subsidiar a Comissão de Biossegurança em Saúde e Grupos de Trabalho, em assuntos específicos.

Seção II - Das Reuniões

Art. 18. A Comissão de Biossegurança em Saúde reunir-se-á, ordinariamente, conforme calendário definido pelo Plenário, quando da primeira reunião anual e, extraordinariamente, por convocação da Coordenação ou a requerimento da maioria simples de seus membros.

§ 1º A Coordenação da Comissão de Biossegurança em Saúde dirigirá as reuniões ordinárias e extraordinárias, com direito a voto simples.

§ 2º Na impossibilidade de comparecimento da Coordenação dirigirá os trabalhos um membro escolhido entre os demais presentes à reunião.

§ 3º Tanto os membros titulares quanto os suplentes, serão sempre convocados para participar das reuniões, com 7 (sete) e 5 (cinco) dias de antecipação, respectivamente para as ordinárias e para as extraordinárias.

§ 4º Nos casos em que o titular e seu suplente estiver impossibilitado de comparecer à reunião, deverá comunicar seu não comparecimento com antecedência mínima de 24 (vinte e quatro horas) e apresentar justificativa formal a Coordenação da Comissão.

§ 5º As reuniões obedecerão à pauta formulada pela Coordenação, aprovada pela Direção da Unidade..

§ 6º O pedido de inclusão de assuntos para discussão poderá ser dirigido à Coordenação, por qualquer membro, com antecedência mínima de 10 (dez) dias da data de realização da reunião, ou apresentado durante a aprovação de sua pauta pelo Plenário.

§ 7º As reuniões serão instaladas com a presença mínima de maioria simples dos membros presentes, inclusive os suplentes dos titulares que não tiverem comparecido.

§ 8º A Coordenação ou quem estiver dirigindo a reunião poderá suspendê-la por tempo determinado, quando julgar necessário.

§ 9º O membro presente à reunião poderá solicitar, em qualquer fase 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 na próxima reunião ordinária ou extraordinária, sempre respeitando prazo não inferior a 30 (trinta) dias.

§ 10. Anunciado pela Coordenação o encerramento da discussão, a matéria será submetida a aprovação.

§ 11. A aprovação das matérias ocorrerá prioritariamente por consenso ou, se não for alcançado, por maioria simples do Plenário.

§ 12. Os trabalhos de cada reunião, em especial as deliberações, serão registrados em memória, que, aprovada pelo Plenário, será divulgada para todos os membros, titulares e suplentes, e arquivada na Coordenação.

Capítulo IV - Disposições Gerais

Art. 19. Os casos omissos ou as dúvidas de interpretação deste Regimento serão resolvidos ou referendados pelo Plenário.

Parágrafo único. Em casos excepcionais, a Direção em conjunto com a Coordenação tratará os casos omissos ou as dúvidas de interpretação do Regimento, e suas decisões deverão ser referendadas em Plenário.

Título: Planilha para Cronograma de Implantação da Comissão De Acidentes Com Material Biológico

Item	O que deverá ser feito?	Por que será feito?	Como será feito?	Por quem será feito?	Quando será feito?
1	Criar a Comissão de Acidentes com material biológico.	Por obrigatoriedade (conforme legislação) de acordo com necessidade;	Através de eleição de membros atuantes no serviço.	SESMT	Mês 1
2	Reuniões ordinárias;	Acompanhar o perfil de acidentes biológicos e ou com perfurocortantes e analisar os casos junto ao SESMT, e propostas de melhorias.	Acompanhar padronização de materiais e equipamentos utilizados para saúde junto à comissão de biossegurança e o perfil de acidentes ocorridos e mapear possibilidade de melhorias no serviço.	Membros da comissão	Mês 1
3	Elaborar Regimento Interno da Comissão	Para oferecer suporte e orientação das atividades.	Será solicitado ao SESMT e representantes eleitos.	A própria comissão	Mês 2
4	Reuniões ordinárias;	Acompanhar o perfil de acidentes biológicos e ou com perfurocortantes e analisar os casos junto ao SESMT, e propostas de melhorias.	Acompanhar padronização de materiais e equipamentos utilizados para saúde junto à comissão de biossegurança e o perfil de acidentes ocorridos e mapear possibilidade de melhorias no serviço.	Membros da comissão	Mês 2
6	Reuniões ordinárias;	Acompanhar o perfil de acidentes biológicos e ou com perfurocortantes e	Acompanhar padronização de materiais e equipamentos utilizados para saúde junto à comissão de biossegurança	Membros da comissão	Mês 3

		analisar os casos junto ao SESMT, e propostas de melhorias.	e o perfil de acidentes ocorridos e mapear possibilidade de melhorias no serviço.		
7	Padronização de insumos para saúdes;	Propor reuniões frequentes de padronização junto aos serviços assistenciais	Acompanhar padronização de materiais e equipamentos utilizados para saúde e o perfil de acidentes ocorridos e mapear possibilidade de melhorias no serviço.	Membros da comissão/Representantes de Compras/Farmácias/Enfermagem	Mês 3
8	Reuniões ordinárias;	Apresentar os casos de acidentes ocorridos, análises de casos, e propostas de melhorias.	Acompanhar padronização de materiais e equipamentos utilizados para saúde junto à comissão de biossegurança e o perfil de acidentes ocorridos e mapear possibilidade de melhorias no serviço.	Membros da comissão	Mês 4 Mês 5 Mês 6 Mês 7 Mês 8 Mês 9 Mês 10 Mês 11
9	Reuniões ordinárias;	Apresentar relatórios dos tipos de acidentes biológicos ocorridos no ano, número de afastamentos de colaborador bem como medidas tomadas para mitigar os riscos.	Divulgação de resultados e identificação de oportunidades de melhorias com as áreas assistências, diretoria e prestadores de serviço.	Membros da comissão	Mês 12

10.2.2: ÁREA DA QUALIDADE

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

COMISSÃO DE FARMÁCIA E TERAPÊUTICA

COMISSÃO DE FARMÁCIA E TERAPÊUTICA

REGIMENTO INTERNO

CAPÍTULO I

DA DEFINIÇÃO

Da Natureza e do Objeto da Comissão:

Art. 1 - A Comissão de Farmácia e Terapêutica é um órgão de caráter consultiva, deliberativa e educativa, cujas ações estão voltadas para a assistência farmacêutica, sendo responsável pelao processo de seleção, ultilização, acompanhamento e avaliação do uso racional dos medicamentos e produtos para saúde e pelo desenvolvimento de ações para garantir o seu uso seguro e racional.

Art. 2 - A Comissão tem por finalidade assessorar a coordenadoria de assistência farmacêutica:

a) Na padronização de medicamentos para uso dos pacientes internados nesta instituição;
b) Na definição de critérios para aquisição, armazenamento, na prescrição e na dispensação de medicamentos padronizados ou não;
c) No estabelecimento de critérios e métodos de avaliação do uso de medicamentos disponíveis para dispensação (farmacovigilância).

CAPÍTULO II

DAS ATRIBUIÇÕES

Art. 3- São atribuições da Comissão de Farmácia e terapêutica;

a) Assessorar a coordenadoria de Assistência Farmacêutica nos assuntos referentes aos medicamentos padronizados ou não;

b) Revisar sistematicamente a relação de padronização atualizando-a de acordo com as necessidades expressas por seus prescrições,
c) Avaliar e emitir pareceres sobre as solicitações de inclusão, exclusão e avaliação dos medicamentos padronizados;
d) Propor e elaborar projetos de educação permanente na área de abrangência da assistência farmacêutica.
e) Organizar e manter atualizada a listagem padrão de fármacos e congêneres a serem utilizados pelo Hospital, tendo em vista a eficiência terapêutica;
f) Adotar medidas visando evitar a desnecessária duplicação de substâncias básicas ou associações similares com nomes comerciais diferentes;
g) acompanhar estudos e pesquisas de fármacos, medicamentos ou congêneres, sob o ponto de vista clínico, químico, farmacocinético e farmacodinâmico sobre sua eficiência terapêutica, para embasar critério fundamental de escolha;
h) manter, através de sistema informatizado, com controle de acesso lógico, registros atualizados sobre fármacos, medicamentos, drogas, insumos farmacêuticos e correlatos, com programação especial, contendo:
    I. listagem-padrão;
    II. dados farmacológicos e clínicos;
    III. reações adversas;
    IV. ocorrências na ministração.
i) desempenhar papel consultivo e educativo divulgando, no âmbito da Instituição, esclarecimentos sobre fármacos e congêneres e utilização de substâncias potencialmente tóxicas;
j) Colaborar nas atividades de ensino e pesquisa;
k) implementar ações referentes ao sistema de inspeção da qualidade dos fármacos e congêneres

CAPITULO III

DA COMPOSIÇÃO:

Art. 4 - A Comissão de Farmácia e Terapêutica do Hospital será composta de acordo com a decisão contida em ata de sua primeira reunião de implantação

por membros indicados pelo Conselho Diretor deste hospital e terá com componentes:

a) Diretor Clínico,
b) Diretor Administrativo.
c) Médico Coordenador da UTI Adulto,
d) Médico Coordenador da UTI Neo
e) Farmacêutico RT
f) Enfermeiro Coordenador de Setor.

Art. 5 - Fica estabelecido que a substituição de nomes desta comissão se dará em reunião imediatamente após o afastamento do mesmo.

Art. 6 - Será automaticamente substituído o membro desta comissão que faltar a 03 (três) reuniões sucessivas sem justificativa relevante, neste caso o setor representado deverá indicar novo membro.

CAPÍTULO IV

DO FUNCIONAMENTO:

Art. 7 - A CFT, observada a legislação vigente, estabelecerá normas complementares relativas ao seu funcionamento e a ordem dos trabalhos.

Art. 8 - A Comissão de Farmácia e Terapêutica do Hospital terá como secretário executivo o farmacêutico RT que terá como responsabilidade a organização de pauta de reuniões elaboração da ata, devendo tornar público as decisões por elas tomadas.

Art. 9 - Os membros da Comissão de Farmácia e Terapêutica terão também um mandato de 2 (dois) anos, podendo ser reconduzidos. Entretanto perderá o mandato o membro de, sem motivo justificado, deixar de comparecer a três reuniões consecutivas ou a seis intercaladas no período de um ano.

Art. 10 - Os representantes das áreas/unidades de que tratam do artigo 4º, serão indicados pelo Superintendente do Hospital, após ouvir os diretores daquelas áreas/unidades.

Parágrafo único - Deixará de fazer parte da Comissão o membro que, sem motivo justificado, deixar de comparecer a três reuniões consecutivas ou a seis intercaladas no período de um ano

Art. 11 - A Comissão de Farmácia e Terapêutica se reuniria anualmente ou em regime extraordinário por convocação de 2/3 de seus membros.

Art. 12 - A ata da reunião da Comissão de Farmácia e Terapêutica deverá conter o nome dos membros presentes, os assuntos debatidos, as recomendações e pereceres definidos.

Art. 13 - Os integrantes da CFT deverão ter total independência no exercício das suas funções e na tomada das decisões mantendo, sob caráter confidencial, as informações recebidas e não deverão ficar sujeitos a qualquer tipo de pressão, seja por parte de superiores hierárquicos ou por interessados no parecer.

Art. 14 - Os componentes da CFT deverão abster-se de tomada de decisão, quando estiverem diretamente envolvidos com o objeto da avaliação.

Art. 15 A aquisição de medicamentos não padronizados deverá ter prévia análise da direção administrativa e sua compra não significa a sua padronização, devendo o prescrito preencher o formulário próprio à disposição nos setores.

Art. 16 - A aquisição e dispensação de antimicrobianos estará condicionada às regras definidas pela Comissão de Controle de Infecção Hospitalar.

CAPITULO VIII
DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 21 - A responsabilidade da direção hospitalar é garantir a infra-estrutura necessária para o funcionamento da comissão.
Art. 22 - Os casos omissos deste regimento serão discutidos e resolvidos pela comissão.
Art. 21° - Este Regimento Interno entrará em vigor a partir desta data podendo ser alterado a qualquer tempo.

Item	O que deverá ser feito?	Por que será feito?	Como será feito?	Por quem será feito?	Quando será feito?
1	Criar Comissão	Por obrigatoriedade (conforme portaria) de acordo com necessidade;	Através de convite a membros da equipe farmacêutico	Diretoria Técnica	Mês 1
2	Reuniões ordinárias;	Realizar levantamento de consumo médio e medicamentos, revisando estoque mínimo, buscando melhor planejamento de reposição e armazenamento obedecendo princípios de boas práticas da cadeia medicamentosa.	Apresentar à direção o consumo diário e mensal dos insumos a fim de fortalecer o processo de compras e ou padronização de medicamentos de acordo com histórico de dispensação e perfil de pacientes. Através de relatório sistematizado.	Membros da comissão	Mês 2
3	Elaborar Regimento Interno da Comissão	Elabore protocolos e diretrizes terapêuticas baseados em evidências científicas, regulamentações e orientações nacionais e internacionais. Esses documentos devem abordar aspectos como a indicação, a posologia, as	A partir de padronização de medicamentos baseados em legislação vigentes e aprovados pelo órgão de fiscalização nacional (ANVISA).	Membros da comissão	Mês 3

		contraindicações, as interações medicamentosas, a monitorização e a duração do tratamento para diferentes condições clínicas.			
4	Avaliação contínua dos pacientes por auxílio da farmácia clínica	Realizar o acompanhamento das terapias e dos medicamentos utilizados na instituição, investigando suas indicações bem como posologias, tempo de uso e o respeito a cadeia medicamentosa.	Relatórios estruturados de uso de medicação por paciente, com tempo de utilização, posologia, confrontando com dados do paciente: tempo de permanência, diagnóstico inicial/definitivo/ sexo, idade entre outros dados para melhor interpretação e intervenção farmacêutica.	Membros da comissão	Mês 4
5	Elaborar e alimentar indicadores de monitoramento da eficácia do serviço	Facilitar o acompanhamento do serviço, bem como apontamento de necessidade de melhorias.	Elaborando junto ao SGQ os indicadores estratégicos para monitoramento do serviço e planejamento de ações mediante resultados obtidos e metas não alcançadas.	Membros da comissão	Mês 5
6	Reuniões ordinárias;	Realizar levantamento de consumo médio e medicamentos, revisando estoque mínimo, buscando melhor planejamento de reposição e armazenamento obedecendo	Apresentar à direção o consumo diário e mensal dos insumos a fim de fortalecer o processo de compras e ou padronização de medicamentos de acordo com histórico de dispensação e perfil de pacientes. Através de relatório sistematizado.	Membros da comissão	Mês 8

		princípios de boas práticas da cadeia medicamentosa.			
7	Reuniões ordinárias;	Realizar inventário anual de estoque de medicamentos bem como relatório final de consumo médio e medicamentos por setores baseados em perfil assistencial e por sensibilidade de uso de antimicrobianos Planejamento de ações de melhoria de processos para próximo fluxo.	Apresentar à direção o consumo diário e mensal dos insumos a fim de fortalecer o processo de compras e ou padronização de medicamentos de acordo com histórico de dispensação e perfil de pacientes. Através de relatório sistematizado.	Membros da comissão	Mês 12

10.2.2: ÁREA DA QUALIDADE

QUALIDADE OBJETIVA: AVALIA MEDIDAS DA PROPOSTADETRABALHO PARA IMPLANTAÇÃO DE COMISSÕES

COMITÊ DE COMPLIANCE

REGIMENTO INTERNO – COMITÊ COMPLIANCE

I. Objetivos

Programas de Compliance têm por finalidade disseminar diretrizes voltadas para o atingimento do estado de conformidade e sustentabilidade dos negócios, possibilitando o aumento da prevenção de atos ilícitos, redução de perdas financeiras e de danos à reputação da instituição. É estar em conformidade com leis e regulamentos.

II. Abrangência

Todos os setores

ll. Diretrizes

1) Compliance

Um programa de compliance determina uma variedade de regras e procedimentos necessários para as práticas realizadas em uma instituição. Posturas de ética, transparência e qualidade na gestão pautam as principais exigências estabelecidas.

Na busca pela melhor relação com pacientes, colaboradores e fornecedores trazem maior confiança aos processos, seja por meio do atendimento, de medicamentos aplicados ou de materiais adquiridos, por exemplo. Dessa forma, condutas inapropriadas e atuações que fogem dos valores da instituição são combatidas.

A Organização Social de Saúde Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus está altamente empenhado em atingir o nível de excelência em Compliance. Por isso desenvolveu um Programa de Compliance fundamentado em três pilares: prevenir, detectar e responder, cujo foco principal, obviamente, está na prevenção, com ações fortes em comunicação, treinamento e definição de políticas, entre outras. Seja somente um conjunto de regras, mas sim a questão de atitude e, como parte do programa, um dos mais importantes é o princípio anticorrupção em todas as áreas de atuação da instituição.

2) Aplicação de Compliance

O Programa é voltado a todos os colaboradores e aos terceiros que prestam serviços de natureza permanente, temporária, excepcional ou eventual ao Hospital, e a todas às unidades geridas pela OSS HMTJ.

Está alinhado à Estratégia Corporativa, refletindo a Missão, Visão e Valores compartilhados entre as pessoas que fazem o Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus.

2.1) Composição

O Comitê será formado por, no mínimo, 3 (três) e, no máximo, 5 (cinco) membros efetivos, eleitos em Ato de Nomeação pelo Diretor Presidente, sendo obrigatória a participação e de 1 (um) dos Diretores da Instituição.

O Comitê de Compliance é composto dos seguintes membros:

- Diretor Financeiro;
- Gerente de Controladoria;
- Representante dos Colaboradores;
- Representante Jurídico.

2.1.1) . Os membros do Comitê elegerão 1 (um) Presidente pela maioria absoluta de votos, na primeira reunião que ocorrer após a posse de tais membros, ou sempre que ocorrer vacância naquele cargo ("Presidente").

2.2) Conheça bem a sua organização

Conhecer, monitorar e estudar o cotidiano da organização é a maneira mais eficiente de identificar setores que precisam de aprimoramento e intervenção de um líder, de modo a se adequarem às normas e procedimentos preestabelecidos

2.3) Envolva todos os seus colaboradores e parceiros

É necessário fomentar o respeito às regras em nossos colaboradores. Para isso, é fundamental envolver a todos no processo. As pessoas são o maior bem de uma instituição, mas uma equipe desmotivada e mal gerenciada pode ser um risco à imagem da organização. Quando a gestão de pessoas não é realizada adequadamente, isso abre espaço para o desenvolvimento de condutas que não contribuem para o crescimento e podem afetar a reputação do negócio. Por isso, é essencial envolver seus colaboradores em seu projeto de compliance.

Porém, para conquistar a compreensão e o apoio da equipe, é necessário investir em transparência e clareza quanto aos objetivos do procedimento e as vantagens que isso vai trazer à instituição e a todos que nela trabalham.

2.4) Estimule uma cultura organizacional ética

A cultura organizacional pode ser definida pelos padrões de comportamento dentro do Hospital. Dessa maneira, estimular nossos colaboradores a adotarem uma cultura organizacional ética e de respeito às leis, fica muito mais fácil prevenir

problemas de desvio de caráter e de comportamento.

A proposta é para incorporar o compliance em seu dia a dia para que isso passe a ser algo natural e não uma imposição dos gestores e da Direção. Ressalta-se que uma cultura organizacional positiva e pautada na ética reflete no aumento da motivação, produtividade e segurança do trabalho executado. Os reflexos vão muito além do ambiente hospitalar, reverberando positivamente sua imagem em toda a sociedade.

2.5) Cuide para que as relações internas sejam justas

É extremamente importante saber premiar os colaboradores de maneira justa e de acordo com o bom trabalho desempenhado.

2.6) Monitore os processos

Primordial acompanhar de perto as tarefas e transações realizadas pela equipe visando avaliar os comportamentos de toda a equipe e detectar condutas inadequadas e em desconformidade com as regras. Com isso garantimos que a instituição tenha uma atuação sempre correta e pautada em processos éticos e legais.

3) Estratégia Corporativa

O Planejamento Estratégico é um processo sistemático por meio do qual são estabelecidos os objetivos estratégicos, indicadores e planos de ação, buscando o melhor direcionamento dos esforços e alocação dos recursos organizacionais.

No Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus, o Planejamento Estratégico é revisado anualmente com o intuito de definir os Objetivos Estratégicos a serem perseguidos pela instituição no ano.

Missão:

Promover e prestar assistência à saúde, com excelência, contemplando programas de ensino e pesquisa.

Visão

2028: Ser referência Nacional para o Sistema Único de Saúde, pela Qualidade assistencial, gestão, ensino e pesquisa.

Valores:

- ÉTICA: Agir com integridade, honestidade moral intelectual e com respeito à legislação vigente sob todos os aspectos
- QUALIDADE E SEGURANÇA: Alcançar resultados consistentes gerando valor para as partes interessadas. Cuidado centrado paciente
- HUMANIZAÇÃO: Trabalhar com respeito, equidade, integralidade, dignidade, de forma universal.
- INOVAÇÃO: Buscar continuamente tecnologias e métodos de trabalho inovadores.
- SUSTENTABILIDADE: Agir de maneira ambientalmente correta, socialmente justa, economicamente viável, culturalmente aceita, e alinhando as ações com os objetivos de desenvolvimento da Instituição.

4) Programa de Compliance



4.2) Avaliação de Riscos

Risco é a possibilidade de que o resultado realizado de um determinado evento seja diferente do resultado esperado, impactando negativamente a condição da organização de atingir objetivos previamente estabelecidos.

Conhecer as vulnerabilidades, os riscos e os objetivos do hospital são fundamentais para se estruturar uma avaliação assertiva, conjugando a probabilidade de ocorrência e os impactos que tais eventos teriam caso viessem a ser observados. O Hospital atuará com uma estrutura de gerenciamento de riscos que tem a finalidade de identificar, avaliar e mensurar, controlar, mitigar, monitorar e reportar os riscos, contribuindo para a manutenção da solidez da organização.

4.3) Manual de Normas, Condutas e Ética do Colaborador

O Manual de Normas, Condutas e Ética do Colaborador devem ser sempre respeitados em suas ações e decisões do dia a dia, e também devem servir de referência para os nossos colaboradores, prestadores de serviço e fornecedores.

Estabelecem os valores e determinam o padrão de comportamento que se espera do seu corpo funcional. Apresentam os compromissos e as diretrizes em relação ao seu público de relacionamento, deveres e comportamentos esperados no ambiente de trabalho.

4.4) Treinamento e Comunicação

Programas de treinamento e ações de comunicação são fundamentais para promover a cultura de Compliance. A definição de estratégia para elaboração de plano de treinamento e comunicação permite o encadeamento e multiplicação do conhecimento.

Será realizado ações de treinamento voltadas à promoção da capacitação, atualização e especialização dos seus colaboradores, em temas relacionados a controles internos, gestão de riscos, segurança. As ações de comunicação visam reforçar os temas abordados, divulgando a todos os colaboradores aspectos relativos a normas e procedimentos, políticas gerais e específicas, utilizando todos os canais disponíveis.

4.5) Controles Internos

São processos e práticas pelas quais a organização procura assegurar que todas as ações planejadas e aprovadas sejam executadas adequadamente, visando a salvaguarda dos ativos, a exatidão e confiabilidade das informações gerenciais e dos registros financeiros, a promoção da eficiência operacional e a aderência às políticas da organização. Tem por finalidade contribuir para a realização dos objetivos estratégicos e a perenidade da organização.

4.6) Canais de Denúncia

Permitem aos colaboradores, estagiários, aprendizes, trabalhadores de empresas contratada e parceiros comerciais, uma forma de alertar a organização, inclusive de maneira anônima, para potenciais violações ao Código de Ética e Normas de Conduta e outras políticas.

O canal de denúncia da OSS HMTJ está localizado no site, conforme a Foto 01, tendo facilidade de acesso, prontidão e capacidade de captar e analisar as informações recebidas.

Para acesso, entrar no site https://hmtj.org.br/, clicar em contato, na sequência em ouvidoria e escolher o setor que será notificado.



Foto 01: Canal de denúncia HMTJ

Logo depois vai aparecer o formulário como mostra a Foto 02, que deve ser preenchido com as informações pertinentes e ao final clicar em enviar.



Foto 02: Formulário

São reconhecidos pela credibilidade e pelo compromisso de sigilo da fonte e confidencialidade das informações. As denúncias sobre desvios comportamentais, descumprimento de normas internas e eventual suspeita de ato lesivo qualificável como corrupção devem ser encaminhadas à Ouvidoria Interna.

4.7) Investigações Internas e Gestão das Consequências

O hospital dispõe de normativos, procedimentos específicos e fluxos definidos para o processo de investigação e apuração de responsabilidade e controle disciplinar, de forma segregada, autônoma e imparcial.

O descumprimento das diretrizes do Código de Ética e das Normas de Conduta pode resultar em sanções, de acordo com a gravidade da ocorrência, suas circunstâncias e o nível de participação de cada envolvido.

A condução deve ocorrer de forma independente e sigilosa, e a apuração deve ser realizada de forma profissional e isenta, utilizando mecanismos de investigação adequados.

A gestão de consequências exige metodologia e inteligência, com um processo impessoal e foco na apuração da verdade.

5) Monitoramento do Programa de Compliance

O Programa de Compliance é acompanhado periodicamente pela Direção com o propósito de avaliar o estado de conformidade do conjunto de orientadores.

Todo o monitoramento do programa é feito através dos setores da controladoria: auditoria interna, custos e contabilidade; Com base no nosso Manual de Normas, Condutas e Ética do Colaborador; Pelas políticas institucionais; E pelo setor de ouvidoria.

5.1) Manual de Normas, Condutas e Ética do Colaborador

O Manual de Normas, Condutas e Ética do Colaborador é a expressão dos princípios éticos e valores da instituição, o qual orienta e norteia a atuação de todos os nossos administradores, colaboradores, representantes e terceiros, sem exceção. Seu conteúdo deve ser claro, não permitindo outras interpretações e deve ser seguido por todos, bem como estar amplamente acessível ao público externo.

Nele, estão contidas as expectativas a respeito do comportamento e da conduta dos administradores, colaboradores, representantes, terceiros e demais partes interessadas, durante suas atividades.

No Código de Ética e Conduta, são abordados de forma geral:

▪ Os princípios e diretrizes relacionados às questões de ética e conduta.

▪ Previsão de aplicação de Ações Disciplinares para desvios ao Código de Ética e Conduta.

▪ Existência do Canal de Denúncias e orientações sobre quando utilizar, bem como a garantia de anonimato e não retaliação ao denunciante.

O manual está disponível no software da qualidade e deverá ser atualizado, minimamente, a cada 02 (dois) anos, de acordo com novas necessidades da empresa, em decorrência de mudanças legais ou regulatórias ou institucionais.

5.2) Políticas Institucionais

A Instituição dispõe de um conjunto de políticas fundamentais que refletem nossos princípios e diretrizes para a condução dos negócios e suportam o Programa de Compliance, as quais devem ser conhecidas e aplicadas por todos. As políticas devem ser amplamente divulgadas e está disponível para consulta no software da qualidade.

Politicas	Objetivos
POLÍTICA DE PRIVACIDADE E PROTEÇÃO DE DADOS	Esta política define como os dados pessoais são protegidos pela Instituição nos processos de coleta, registro, armazenamento, uso, compartilhamento, enriquecimento e eliminação, em cumprimento aos preceitos da Lei nº 13.709/2018 (Lei Geral de Proteção de Dados).
POLÍTICA DE GESTÃO DAQUALIDADE	Assegurar que o SGQ esteja estabelecido, implementado e mantidoconforme a norma ONA; Acompanhar o desempenho do SGQ; Assegurar o alcance/ acompanhamento dos requisitos das partes interessadas em toda organização; Garantir a implementação e o acompanhamento dos objetivos estratégicos; Acompanhamento da satisfação do cliente; Garantir a qualidade e a segurança do cuidado e dos serviços prestados.

POLÍTICA PARA EXECUÇÃO DE PAGAMENTOS E PRIORIDADE DE PAGAMENTOS EM CASO DEINADIMPLÊNCIA	Seguir as regras e dos padrões operacionais definidos para a execução dos pagamentos por parte da OSS HMTJ; Estabelecer os pontos de controle em relação aos pagamentos realizados e a realizar, por meio do Fluxo de Caixa; Assegurar a liquidação das obrigações financeiras da OSS HMTJ dentro dos prazos e condições estabelecidos com os fornecedores e em conformidade com esta política; Classificar a prioridade de Despesas para pagamento, seguindo as Diretrizes, tendo em vista possíveis inadimplências.
POLÍTICA DOS DIREITOS EDEVERES DO PACIENTE	Garantir o direito do usuário para promoção, prevenção, proteção, tratamento e recuperação da saúde, cabendo a ele prestar informações apropriadas nos atendimentos, nas consultas e nas internações.
POLÍTICA DE QUALIFICAÇÃO DE FORNECEDORES - SERVIÇOS	Padronizar o processo de Gestão de Contratos, qualificação e avaliação, melhorar o desempenho dos processos de aquisição edesenvolver estratégias para alinhar os fornecedores de serviço aos objetivos da organização.
POLÍTICA DE QUALIFICAÇÃO DE FORNECEDORES E GESTÃO DE SUPRIMENTOS	Padronizar o processo de gestão de suprimentos, melhorar o desempenho dos processos de aquisição de insumos, além de desenvolver estratégias para alinhar os fornecedores aos objetivosda organização.
POLÍTICA INSTITUCIONAL: DESENVOLVIMENTO DE PESSOAS	A Política de Recursos Humanos é um conjunto de orientações, baseadas em crenças e valores, que devem nortear as relações de trabalho, dando sustentação às estratégias institucionais, de forma dinâmica e duradoura, objetivando assegurar a disponibilidade de pessoas qualificadas, saudáveis, seguras, motivadas e satisfeitas, que agreguem valor para os negócios da Entidade. A política de Recursos Humanos tem como objetivos principais identificar talentos, integrar, capacitar, desenvolver e valorizar os funcionários, a fim de qualificar os serviços prestados pelo hospital.

POLÍTICA DE GESTÃO DE CUSTOS	Estabelecer uma gestão financeira adequada, através de estudos eanálises voltadas para a mudança de processos; Garantir a eficiência máxima do sistema de gestão de custos avaliando seus impactos na eficácia e assegurando dessa maneira a efetividade; Fornecer, a todos os setores da instituição, informações referentes aos seus recursos, independente da natureza produtiva, despertando assim a corresponsabilidade, para que todos exerçamuma efetiva gestão dos custos; Oferecer para a diretoria as informações necessárias para a tomada de decisões ou soluções de problemas;
POLÍTICA DE SEGURANÇA, CONSISTÊNCIA E RASTREABILIDADE DA INFORMAÇÃO	O Hospital Maternidade Therezinha de Jesus, está comprometida com a proteção de dados e informações pessoais que são compartilhados pelos usuários. Essa política tem como objetivo garantir a segurança dos dados e informações em meios físicos e digitais do paciente/cliente, levando em conta a coleta, a integração, a organização, o controle, a disposição a movimentação, o recebimento, o armazenamento, a conservação eo descarte das informações, tendo como base a Lei nº 13.709/2018 (Lei Geral de Proteção de Dados).

5.3) Fluxo de Solicitações

O conjunto de controles de gestão que visa dar confiança e transparência nas informações da unidade, é tomada como base nas solicitações feita via sistema Fluig, enviado pela unidade solicitante sempre com base no Regulamento de Contratações de serviços, produtos e pessoas, e prestação de conta da OSS HMTJ.

A interação dos processos via Sistema Fluig segue um direcionamento de solicitação e aprovação de acordo com a atividade fim descrita nos procedimentos das áreas.

5.3.1) Contratos

O setor de contratos analisa as cotações recebidas do mercado, verificando se a proposta atende à necessidade da instituição para o motivo em que está sendo feita e se condiz em valores com os menores preços praticados. Os passos para a aprovação seguem o fluxo abaixo:

1) Solicitante: O usuário solicita a contratação de determinado serviço, informando todo o escopo de atividades e as necessidades demandadas.

2) Coord. Administrativa: Aprovar a necessidade da contratação com foco na real necessidade.

3) Direção unidade: Ter ciência e validar a prática da atividade fim.

4) Contratos: Fazer uma busca ativa no mercado e cotar com empresas proponentes a contratação do serviço demandado respeitando o Regulamento de Contratações de obras, serviços e compras da OSS HMTJ.

5) Responsável Técnico: Validar tecnicamente os orçamentos obtidos, aprovando a operacionalização da melhor proposta, com visita técnica caso o fornecedor seja considerado crítico.

6) Controladoria: Verificar se a proposta de melhor valor está em conformidade com o orçamento Base-zero da unidade.

7) Direção OSS HMTJ: Ter ciência e validar a prática da atividade fim na unidade conforme as premissas do Conselho Deliberativo da OSS HMTJ.

8) Contratos: Elaborar a Minuta para formalização do Contrato entre as partes.

9) Jurídico: Validar o Contrato proposto e liberar o mesmo para assinatura das partes.

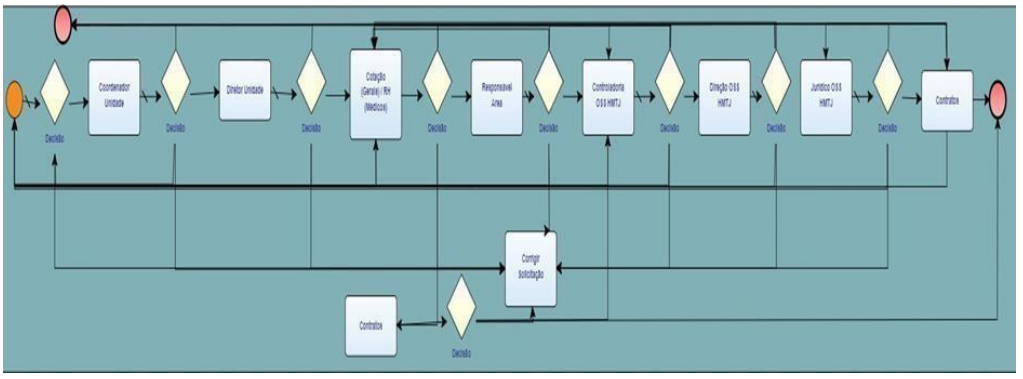


Figura 01: Fluxo de Aprovação setor de Contratos

5.3.2) Compras

O setor de compras da organização seleciona fornecedores para produtos e serviços com base na capacidade destes em atender os requisitos estabelecidos

conforme especificação das normas de Qualidade da Organização Nacional de Acreditação (ONA) e atendimentos às especificações legais considerando ainda as diretrizes da Política de Qualificação de Fornecedores e Gestão de Suprimentos. Os passos para a aprovação estão descritos abaixo e mostrado na Figura 01.

1) Solicitante: O usuário abre a solicitação de compra, informando as necessidades e demandadas.

2) Area técnica: Validar tecnicamente a necessidade da compra.

3) Compras: Fazer a cotação com os fornecedores, respeitando o Regulamento de Contratações de obras, serviços e compras da OSS HMTJ.

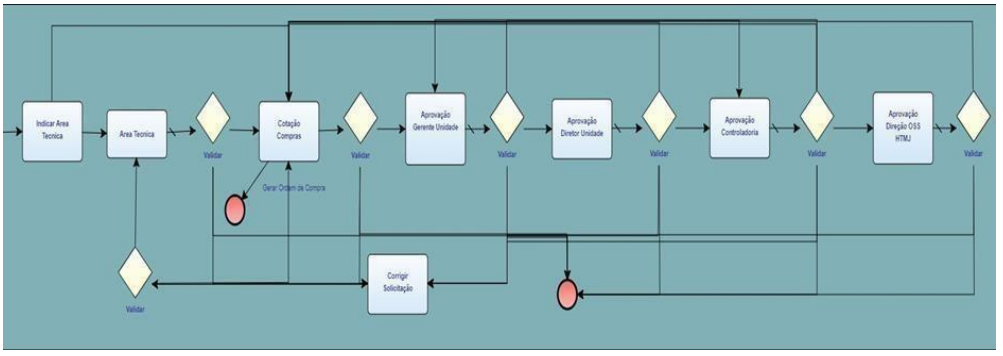
4) Gerente da unidade: Ter ciência e validar a prática da atividade fim.

5) Direção da unidade: Ter ciência e validar a prática da atividade fim.

6) Controladoria: Verificar se a proposta de melhor valor está em conformidade com o orçamento Base-zero da unidade.

7) Direção OSS HMTJ: Ter ciência e validar a prática da atividade fim na unidade conforme as premissas do Conselho Deliberativo da OSS HMTJ.

Figura 02: Fluxo de Aprovação setor de Compras



5.3.3) Alçada

Em caso de necessidade, o coordenador administrativo da unidade tem autonomia para realizar compras de insumos com valor até R$ 1.500,00, utilizando para tal o "caixa interno" disponibilizado mensalmente. Acima deste valor será necessário autorização assinada pela Direção Administrativa da OSS HMTJ.

5.3.1) Recursos Humanos

O setor de recursos Humanos é responsável por apoiar e dar suporte aos processos de captação e seleção de pessoas, utilizando como base informações definidas em nosso PEC, visando identificar o candidato ideal para uma vaga, percebendo se os valores deste colaborador estão compatíveis com os valores e cultura do Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus, por meio da definição de etapas e recursos técnicos a serem utilizados no processo de Recrutamento e Seleção com base na aplicabilidade da Política de Gestão de Pessoas, tem por alicerce, princípios constitucionais de legalidade, impessoalidade, moralidade e publicidade, portanto aplicada a todos os colaboradores da instituição. Em suma, implantar Política de Gestão de Pessoas, atendendo a legislação vigente e responsabilizando-se pela contratação de recursos humanos qualificados, com habilitação técnica e legal, com quantitativo compatível para o perfil da unidade e os serviços a serem prestados.

Na OSS HMTJ onde todos os recursos financeiros têm que ser geridos com o rigor, o planejamento de Recursos Humanos é imprescindível, como vista a fazer coincidir o número certo de trabalhadores, detentores das competências adequadas de acordo com o C.H.A. (Competências, Habilidades e Atitudes) definidos para cada cargo, com os objetivos, estratégias e valores definidos pela Entidade.

Os passos para a aprovação estão descritos abaixo e mostrado na Figura 03.

1) Solicitante: Abertura da vaga preenchendo todas as informações solicitadas

2) Priorização de vaga: As vagas serão trabalhadas por ordem de chegada do fluig, havendo necessidade de priorização, o responsável pela vaga destacará e justificará a maior necessidade de sua área.

2) Atração/ Recrutamento: A partir do recebimento do Formulário via FLUIG, o RH verifica perfil da vaga de acordo com o PEC e os melhores canais de divulgação desta vaga para recrutamento, priorizando quando possível, seleções internas, no intuito de retenção de talentos na Entidade. Logo em seguida o RH da unidade verificará necessidades para seguimento das etapas do processo (aplicação prova de conhecimentos específicos, avaliação de perfil comportamental, redação e dinâmicas, quando aplicável.

3) Recrutamento Interno: Processo de aproveitamento do capital humano interno, sendo sua política, a de sempre priorizar a seleção dentre os seus colaboradores. O recrutamento interno, visando valorizar os talentos de nossa organização e ocorre quando, havendo determinada vaga, a entidade procura preenchê-la por meio de processos seletivos e remanejamento de seus empregados

4) Recrutamento Externo: O RH providenciará a divulgação da vaga evidenciando os sites específicos de Oportunidades de Emprego, como: Linkedin, JF Empregos; mídias sociais, jornais internos e externos, parceiros (cursos técnicos e faculdades), para captação dos candidatos e simultaneamente fará uma busca no Sistema TOTVS Gestão de Pessoas, onde ficam armazenados os currículos que foram cadastrados para a vaga ou em nosso Site do HMTJ, no campo Trabalhe Conosco.

5) Seleção: Após a triagem dos currículos dentre os vários candidatos recrutados, cabe ao RH,

selecionar aqueles que são mais adequados aos cargos. Definir locais, datas e horários para as entrevistas antes mesmo de dar início ao processo seletivo. Entrar em contato com os candidatos através de e-mail, mensagens no WhatsApp ou contato por telefone. Receber os candidatos, apresentando aos mesmos a entidade, salário, benefícios, atividades a serem desenvolvidas no cargo anunciado e prazo para feedback do processo. Esclarecer dúvidas do candidato, caso ocorra e em seguida explicar as etapas do processo de seleção.

6) Finalização do Processo: A coordenação registrará no parecer final da entrevista por competência, a escolha e aprovação do candidato e suas justificativas para o RH. Diante dessa definição será acordada a data prevista para o início das atividades.

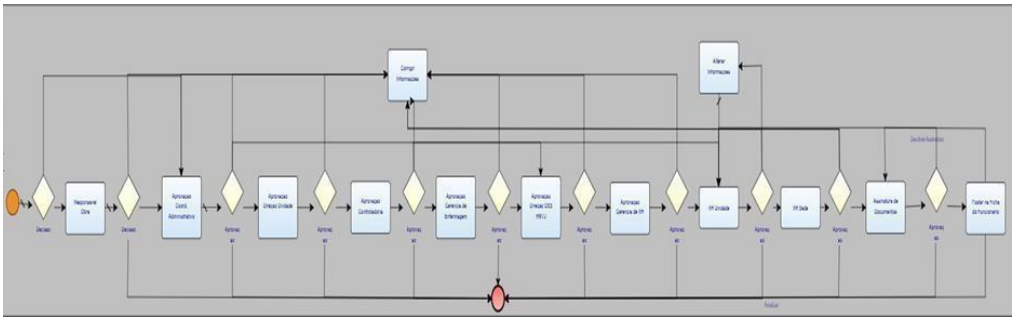


Figura 03: Fluxo de Aprovação setor de Recursos Humanos

5.4) Controladoria

A controladoria é responsável por facilitar o acesso de dados financeiros e contábeis da organização. Esses dados dão suporte para os gestores em reuniões e momentos importantes nas decisões que visem mudanças e crescimento. Dessa

forma, a preocupação da organização existe para garantir o cumprimento de processos e entregas de qualidade para seus clientes. Além disso, prevê a manutenção de sua marca no mercado. Se não atuar em conformidade, o risco de sanções legais e financeiras passa a ser alto e a reputação da empresa entra em jogo. Na busca por transparência e desejo por ampliação em atuação no país, é importante investir em um ambiente positivo, onde as regras são devidamente cumpridas.

Um dos meios de controle utilizado pelo HMTJ é o sistema Fluig, que centraliza e registra dados da organização em um único local, por meio de uma comunicação colaborativa. Nesse sistema é realizado todas as prestações de contas, que são enviados ao setor da auditoria interna para que seja feita a conferência dessas contas. As prestações de custos são realizadas quadrimestralmente e realizamos também os lançamentos no portal transferência mensalmente em cumprimento à normativa legal.

No HMTJ a controladoria possui 3 subsetores de apoio listados abaixo:

5.4.1) Auditoria Interna

A auditoria interna é o setor cuja atividade se destina a observar, analisar, investigar, questionar e propor. Trata-se de um controle administrativo, cuja função é avaliar a eficiência e eficácia dos outros controles, desempenhando um papel de grande relevância, ajudando a eliminar desperdícios, evitar fraudes, otimizar e simplificar tarefas, servir de ferramenta de apoio à gestão e transmitir informações aos administradores sobre o desenvolvimento das atividades executadas.

Esta área atua como setor isento e independente aos processos de execução operacional, se reportando à Controladoria e Direção, e possui como principal objetivo garantir a transparência institucional por meio da correta execução dos processos operacionais, contábeis e financeiros, além de atuar como ferramenta para proposição de melhorias contínuas aos processos, beneficiando a instituição em liderança, transparência e eficácia na criação, manutenção e aprimoramento de controles internos.

O intuito é beneficiar a instituição com um melhor controle de seu patrimônio, procurando reduzir a ineficiência, negligência e incapacidade. Com essa ferramenta de controle administrativo a empresa se beneficiará dos diagnósticos, quanto à obediência às normas e procedimentos internos, possíveis áreas de risco, possibilitando a administração tomar as decisões necessárias.

O setor de Auditoria Interna recebe para análise toda documentação comprobatória relativa aos pagamentos provenientes das atividades executoras que geram despesas para a instituição, a saber: prestação de serviços, execução de compras, contratação de recursos humanos e remuneração de pessoal, despesas operacionais de fundo fixo de caixa interno e despesas de viagem. Cada tipo de despesa possui sua especificidade documental necessária para a comprovação e validação das despesas para pagamento.

Todas as despesas provenientes da prestação de serviços, execução de compras e pessoal passam por trâmite de aprovação das áreas competentes antes da sua execução, garantindo o cumprimento das políticas institucionais, legislação vigente e demais exigências necessárias. Já as despesas operacionais de fundo fixo de caixa rotativo e despesas de viagem são analisadas mediante prestação de contas dos valores gastos, onde os responsáveis recebem os valores gastos após as devidas comprovações, justificativas e autorização de todas as áreas competentes.

Após execução das despesas, os setores Administrativo, Almoxarifado e Departamento Pessoal efetuam os lançamentos financeiros em sistema informatizado para pagamento juntamente com toda documentação comprobatória, validada e autorizada para comprovação e justificativa da execução das despesas, mediante validação da gestão administrativa local e demais áreas envolvidas em cada processo, que são responsáveis pela fiscalização da execução de cada processo que gere despesas para pagamento.

Em seguida, toda documentação disponibilizada por meio de sistema informatizado é enviada via malote para conferência e validação da Auditoria Interna. Os documentos somente são liberados para pagamento após validação documental, confrontada com as diretrizes de cada processo (ex: contratos, cotações, manuais de reembolso de viagem e fundo fixo de caixa, etc.), garantindo a transparência e correta execução dos processos.

5.4.2) Custos

Custos compõe todos os gastos e investimentos necessários para que a organização realize suas atividades e produza. Em especial, a gestão de custos

serve para direcionar o planejamento estratégico de um negócio. Feita de maneira eficiente contribui para a saúde financeira da empresa.

No HMTJ o setor é responsável por elaboração de orçamento, fazer levantamentos quantitativos, contabilidade de custos, relatórios gerenciais e com a gestão de pessoas, elaborar pré- orçamentos para análise de viabilidade, atendendo às especificações de cada projeto. Sinalizar inconsistências e pontos de alerta nos projetos em questão, contribuir com a otimização de ferramentas internas, buscando precisão e agilidade nos trabalhos apresentados. Elaborar orçamentos base, atendendo às especificações dos projetos, acompanhar e assegurar o cumprimento de prazo no envio de relatório de atividade e prestação de contas, elaborar e acompanhar a elaboração de orçamento, relatório de atividade e prestação de conta. Realizar análise do gasto do projeto, elaborar e acompanhar a elaboração do orçamento, do relatório de atividade e da prestação de contas, documentar e sistematizar o resultado da atividade e preparar o relatório periódico de acompanhamento interno.

Além de todo preparo e entrega do relatório da Prestação de Contas, buscando a preservação da transparência nas gestões operacionalizadas por esta Instituição, por meio de um mecanismo de Software toda a relação de documentação que compõem a prestação de contas é disponibilizada em um Portal da Transparência da Entidade de amplo acesso a qualquer indivíduo, fornecendo informações mensais, quadrimestrais e anuais, financeiras, contábeis e de pessoal. Além disso, a disponibilização de informações assistenciais, como escalas e coberturas de atendimento.

5.4.3) Contabilidade

O setor realiza um conjunto de práticas para garantir o cumprimento correto e coerente de todas as exigências da legislação em relação à contabilidade empresarial. Ele atua por meio de três vias.

A primeira frente de atuação é a gestão de riscos, que busca localizar as falhas e solucionar. A proposta é gerenciar essas questões, para evitar que elas se concretizem em um problema, ou seja, você encontra os pontos falhos para fortalecer esses itens.

Outra via de ação é a governança corporativa, que trabalha para que a gestão corporativa seja ética e transparente, levando em consideração os objetivos estratégicos da organização. A proposta é alinhar metas a uma gestão correta e respeitosa com as normativas. Busca, assim, criar meios de execução eficientes, funcionais e que evitem falhas.

Há também a via da gestão de processos, buscando estabelecer rotinas e procedimentos para a eficiência, qualidade e conformidade com as normativas.

O objetivo é promover a inspeção constante das práticas contábeis, mapear as atividades associadas à contabilidade, avaliar os objetivos do negócio, mensurar riscos e promover a adequação às leis. Reduzindo assim a incidência de fraudes, desvio de recursos, melhoria na tomada de decisão e positivar a imagem da instituição.

ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE- HMTJ	
GERÊNCIA GERAL / DIRETORIA TÉCNICA / DIRETORIA CLÍNICA	
Título: Planilha para Cronograma de Implantação do Comitê De Compliance	

Item	O que deverá ser feito?	Por que será feito?	Como será feito?	Por quem será feito?	Quando será feito?
1	Criar Comitê	Por obrigatoriedade (conforme portaria) de acordo com necessidade;	Através de convite a membros da equipe multiprofissional	Diretoria Clínica	Mês 1
2	Reuniões ordinárias;	Realizar monitoramento e auditoria para avaliar o cumprimento das políticas e procedimentos de conformidade.	Apresentar ao serviço a quantidade de inconformidades encontradas e ou denúncias junto aos conselhos que o serviço em relatório sistematizado.	Membros do comitê	Mês 2
3	Elaborar Regimento Interno da Comissão	Para oferecer suporte e orientação de das políticas e procedimentos de conformidade durante todo processo assistencial e documentação gerada.	A partir de recomendação dos Conselhos e baseadas em Direitos e deveres dos pacientes e leis da LGPD.	Membros do comitê	Mês 3
4	Reuniões ordinárias;	Realizar monitoramento e auditoria para avaliar o cumprimento das políticas e procedimentos de conformidade.	Apresentar ao serviço a quantidade de inconformidades encontradas e ou denúncias junto aos conselhos que o serviço em relatório sistematizado.	Membros do comitê	Mês 6
5	Definição das responsabilidades	Realizar a revisão e aprovação de políticas e	Análise da a implementação de treinamentos de conformidade e a elaboração de relatórios regulares	Membros do comitê.	Mês 4

		procedimentos de conformidade, o monitoramento do cumprimento das leis e regulamentos aplicáveis, a identificação e mitigação de riscos de não conformidade, a investigação de denúncias de irregularidades.	para a alta administração.		
6	Reuniões ordinárias;	Realizar monitoramento e auditoria para avaliar o cumprimento das políticas e procedimentos de conformidade.	Apresentar ao serviço a quantidade de inconformidades encontradas e ou denúncias junto aos conselhos que o serviço em relatório sistematizado.	Membros do comitê	Mês 10
7	Elaborar e alimentar indicadores de monitoramento da eficácia do serviço	Facilitar o acompanhamento do serviço, bem como apontamento de necessidade de melhorias.	Elaborando junto ao SGQ os indicadores estratégicos para monitoramento do serviço e planejamento de ações mediante resultados obtidos e metas não alcançadas.	Membros do comitê	Mês 5
8	Treinamento sobre diretrizes e as expectativas da empresa em relação à conformidade legal e ética.	Treinamentos devem abordar áreas como anticorrupção, lavagem de dinheiro, proteção de dados, concorrência justa, conflito de interesses e	Aplicação de treinamentos específicos à pratica de acordo com perfil de ocorrências instituição.	Coordenador do Comitê	Mês 6

		qualquer outra legislação ou regulamento relevante para a organização.			
9	Reuniões ordinárias;	Apresentar Número de ocorrências durante o ano e planejamento de ações futuras de melhorias do processo e serviço.	Apresentar para Direção a partir de relatório estruturado.	Coordenador do Comitê	Mês 12

10.2.2: ÁREA DA QUALIDADE

QUALIDADE OBJETIVA: AVALIA MEDIDAS DA PROPOSTADETRABALHO PARA IMPLANTAÇÃO DE COMISSÕES

OUTRAS COMISSÕES

A OSSHMTJ interesse em criação da **Comissão de Humanização em Saúde**, que tem como objetivo propor e desenvolver metas que humanizem o atendimento aos pacientes da instituição em conjunto com o serviço de Recursos Humanos.

A Comissão de Humanização em Saúde será um grupo sistematizado, participativo e deliberativo, que de forma organizada e democrática se destina a implementar uma política Institucional de sensibilização, implementação e implantação da Humanização na assistência plena à saúde.

A Comissão fara O objetivo do grupo é otimizar a qualidade da assistência prestada ao usuário, bem como melhoria da qualidade de trabalho aos profissionais de saúde, compreendendo que a Humanização aglomera os diferentes sujeitos envolvidos no processo de produção da saúde.

Todos os membros do setor possuem atividades que são de sua responsabilidade, conforme abaixo:

Atividades dos Coordenadores:

- Convocar as reuniões da Comissão;
- Representar a Comissão de Humanização de forma oficial internamente e externamente quando se fizer necessário;
- Executar e prestar contas das atividades da Comissão de Humanização para a Administração da Instituição quando solicitado;
- Homologar e encaminhar as decisões e deliberações da comissão às instâncias competentes;
- Ter sob sua responsabilidade e guarda os relatórios, atas e documentos da comissão.

Atividades dos membros da Comissão de Humanização:

- Estabelecer estratégias e mecanismos envolvendo e integrando os diferentes setores hospitalares para que tornem os serviços prestados mais humanizados;
- Definir metas para humanizar o processo de atenção à saúde;
- Promover estratégias de comunicação, envolvimento e integração entre os diferentes setores, bem como entre profissionais e usuários do serviço;
- Programar e realizar treinamentos sobre o tema humanização;
- Planejar, organizar e coordenar eventos e atividades voltadas à humanização no âmbito hospitalar;

• Buscar a participação de entidades da sociedade civil e da comunidade nas ações de humanização dos serviços;

• Fomentar a participação da Instituição na rede nacional de Humanização;

• Avaliar os projetos a serem implantados, de acordo com os parâmetros de humanização propostos.

O texto apresenta a Comissão de Humanização do Hospital que é um grupo composto por representantes dos diversos setores do hospital e tem como objetivo implementar uma política institucional de sensibilização, implementação e implantação da humanização na assistência à saúde.

A humanização se refere a um conjunto de ações que visam melhorar a qualidade do atendimento aos pacientes, tornando-o mais acolhedor, respeitoso e humanizado. Isso envolve desde a forma como os profissionais de saúde se relacionam com os pacientes até a estrutura física do ambiente hospitalar.

Os membros da Comissão de Humanização possuem atividades específicas, como convocar reuniões, estabelecer estratégias para integrar os diferentes setores hospitalares, definir metas para humanizar o processo de atenção à saúde, promover treinamentos sobre o tema, planejar eventos e atividades voltadas à humanização, avaliar projetos a serem implantados, entre outras sendo contemplados no regimento interno abaixo.

PROPOSTA DE REGIMENTO INTERNO DAS ATIVIDADES ANUAIS

REGIMENTO INTERNO DO GTH – GRUPO DE TRABALHO DE HUMANIZAÇÃO DO HOSPITAL

Da Definição

O grupo de trabalho de humanização (GTH) é um espaço coletivo organizado, participativo e democrático, que se destina a empreender ações pautadas nas diretrizes e dispositivos da Política Nacional de Humanização (PNH) e resgate da humanização na assistência à saúde intra-hospitalar, visando tornar o ambiente hospitalar mais acolhedor, humanizado e respeitoso para pacientes, acompanhantes e profissionais de saúde.

Dos Objetivos

- Difundir a cultura de humanização em saúde;
- Melhorar a qualidade e a eficácia da atenção dispensada aos usuários do hospital de forma acolhedora e inclusiva;
- Conceber e implantar novas iniciativas de humanização que venham a beneficiar os usuários e os profissionais de saúde promovendo ambiente saudável;
- Fortalecer e articular todas as iniciativas de humanização já existentes no Hospital;
- Estimular a realização de parcerias e intercambio de conhecimentos e experiências nessa área e áreas de artes para facilitar o processo de acolhimento e sensibilização;

Da Constituição

- O Grupo de Trabalho de Humanização do Hospital, deverá ser constituído de maneira voluntária;
- O Grupo de Trabalho de Humanização do Hospital será um instrumento deliberativo constituído por uma equipe multidisciplinar, com gestão participativa, tendo como competência:
- apresentar, difundir, divulgar, publicar, informar e promover a Política Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar com valores e princípios humanitários que favoreçam a vida e a dignidade do ser humano nas dimensões do usuário interno e externo;

Das Competências

O GTH terá as seguintes competências:

a) estabelecer estratégias e mecanismos que tornem os serviços mais humanizados;

b) traçar diretrizes de elaboração e aprovar o plano operativo para humanização;

c) examinar propostas sobre assuntos pertinentes às relações interpessoais na instituição;

d) liderar o processo de humanização;

e) buscar estratégias de comunicação e integração entre os diferentes setores;

f) promover o fluxo de propostas e deliberações das atividades de Humanização a serem desenvolvidas;

g) apoiar e divulgar as iniciativas de humanização em desenvolvimento;

h) avaliar os projetos que já estão em desenvolvimento e os que ainda vão ser desenvolvidos, de acordo com os parâmetros de humanização propostos;

i)estimular a participação da comunidade acadêmica e de entidades da sociedade civil e

j) usuários nas ações de humanização dos serviços;

k) As deliberações serão tomadas por maioria de votos dos membros presentes.

Da Estrutura Organizacional

O GTH será constituído por:

1. Coordenação geral
2. Vice-coordenação
3. Secretaria
4. Comissões

Ficando a critério do GTH a formação de comissões quando se fizerem necessárias entre os participantes;

Da Organização

O GTH será gerenciado por um coordenador (a) e um vice-coordenador (a).

Do Coordenador (a)

CABERÁ AO COORDENADOR (A)

A. coordenar as atividades de promoção de humanização;

B. convocar as reuniões do GTH dando execução às respectivas deliberações;

C. representar oficialmente o GTH;

D. Prestar contas das atividades do GTH a Gerencia Técnica Assistencial e Administrativa.

Do Vice – Coordenador (a)

COMPETE AO VICE – COORDENADOR (A):

A. Assessorar ao Coordenador Geral;

B. Assumir as funções do Coordenador Geral na sua ausência, por impedimento e ou afastamento temporário;

C. Comparecer as reuniões do GTH.

Do Secretário (a)

COMPETE AO SECRETARIO (A):

A. Secretariar e elaborar as atas das reuniões;

B. Realizar a leitura das atas nas reuniões;

Das Comissões

COMPETEM AS COMISSÕES:

A. As Comissões são instrumentos operacionais integrados e interdependentes para a realização de ações humanizadas, no âmbito de sua especificidade: projetos, parcerias, levantamento de pontos críticos, planejamento.

B. Cada comissão será coordenada por um membro do grupo, que buscara outros voluntários segundo as suas necessidades;

C. Apresentar os resultados das ações propostas;

D. Divulgar o processo de humanização no hospital;

E. Realizar atividades educativas aos usuários;

F. Desenvolver e implantar sistema de informações aos usuários;

G. Exercer outras atividades inerentes a cada comissão.

Da Composição

O GTH terá as seguintes composições:

O GTH do (a) Hospital, terá a seguinte composição:

1. representante(s) do Serviço Social;
2. representante(s) da Coordenação de Enfermagem;
3. representante(s) da Coordenação de Recepção;

4. representante(s) da Diretoria Clínica – Gestor Médico;
5. representante(s) da Engenharia de Manutenção Predial;
6. representante(s) do Serviço de SCIH ;
7. representante(s) da Hotelaria e Serviços Gerais;
8. representante(s) dos Supervisão dos Serviços Terceirizados;
9. representante(s) da Segurança do Trabalho.

Das reuniões

As reuniões do GTH serão realizadas mensalmente.

Caso necessário o coordenador poderá convocar reuniões extraordinárias.

Os participantes do Grupo de Trabalho de Humanização:

a) deverão manter presença e participação efetiva nas reuniões periódicas e nas demais atividades desenvolvidas;

b) qualquer ausência deverá ser justificada antecipadamente junto à secretaria administrativa do Grupo de Trabalho de Humanização, devendo ser a mesma registrada no relatório;

c) ausências não justificadas serão comunicadas à instituição de origem do participante, bem como casos de ausências frequentes, mesmo que justificadas.

Das disposições finais

Este regimento poderá ser mudado por seus membros conforme deliberação do grupo.

Este regimento entrará em vigor na data de sua publicação.

PROPOSTA DE REGIMENTO ATIVIDADE ANUAL

A humanização hospitalar é um princípio fundamental na prestação de serviços de saúde, pois visa garantir o acolhimento, respeito, dignidade e bem-estar dos pacientes, familiares e profissionais de saúde. Com o objetivo de promover a humanização em nosso hospital, apresentamos uma proposta de regimento de atividades anual de humanização hospitalar. Esse regimento servirá como um guia para as ações e práticas que serão implementadas ao longo do ano, com o intuito de proporcionar um ambiente mais acolhedor e empático.

1. Comitê de Humanização:

1.1. Criação de um comitê de humanização hospitalar, composto por profissionais de saúde, administradores e representantes dos pacientes e familiares.

1.2. O comitê será responsável por coordenar, planejar e avaliar as atividades de humanização hospitalar.

2. Capacitação dos Profissionais:

2.1. Realização de treinamentos e capacitações periódicas para os profissionais de saúde, abordando temas como comunicação empática, ética no cuidado, atendimento humanizado e manejo do estresse.

2.2. Incentivo à participação dos profissionais em cursos, workshops e eventos relacionados à humanização hospitalar.

3. Acolhimento e Informação aos Pacientes e Familiares:

3.1. Desenvolvimento de um programa de acolhimento aos pacientes e familiares, que inclua a entrega de informações claras e acessíveis sobre o funcionamento do hospital, direitos e deveres dos pacientes, e orientações sobre o tratamento.

3.2. Disponibilização de canais de comunicação (como ouvidorias e sac) para que os pacientes e familiares possam expressar suas dúvidas, sugestões, elogios ou reclamações.

4. Ambiente Físico e Comunicação Visual:

4.1. Criação de espaços de convivência e lazer para pacientes e familiares, como salas de espera mais confortáveis, áreas de recreação e jardins terapêuticos.

4.2. Utilização de uma comunicação visual acolhedora e informativa nos ambientes do hospital, com cartazes, murais e sinalizações claras.

5. Promoção de Atividades Culturais e Recreativas:

5.1. Realização de atividades culturais e recreativas no hospital, como apresentações musicais, exposições de arte, sessões de cinema, palestras e oficinas.

5.2. Parcerias com instituições e voluntários para viabilizar essas atividades.

6. Cuidado Integral ao Paciente:

6.1. Estímulo à prática de cuidados integrativos, como a medicina complementar e terapias holísticas, de acordo com a escolha do paciente.

6.2. Implementação de ações voltadas para o alívio da dor, conforto e bem-estar do paciente, como musicoterapia, aromaterapia, massagem e relaxamento.

7. Continuidade do Cuidado Pós-Alta:

7.1. Desenvolvimento de um programa de acompanhamento e suporte aos pacientes após a alta hospitalar, com orientações sobre cuidados em casa, agendamento de consultas e acompanhamento de tratamentos.

8. Avaliação e Monitoramento:

8.1. Realização periódica de pesquisas de satisfação com pacientes e familiares para avaliar a efetividade das ações de humanização e identificar oportunidades de melhoria.

8.2. Análise e monitoramento dos indicadores relacionados à humanização hospitalar, como tempo de espera, taxa de readmissão e incidência de eventos adversos.

Conclusão:

A implementação de um regimento de atividades anual de humanização hospitalar contribuirá para a melhoria da qualidade do atendimento e a promoção de um ambiente mais acolhedor e empático. Ao colocarmos em prática essas ações, estaremos fortalecendo a relação de confiança entre profissionais de saúde, pacientes e familiares, proporcionando uma experiência positiva durante o período de hospitalização. A humanização é um processo contínuo e envolve o engajamento de todos os colaboradores, visando sempre o cuidado integral e a promoção da saúde.

PROPOSTA DE REGIMENTO INTERNO DAS ATIVIDADES ANUAIS REGIMENTO INTERNO DA COMISSÃO INTRA-HOSPITALAR DE DOAÇÃO DE ÓRGÃOS E TECIDOS PARA TRANSPLANTES(CIHDOTT)

Para realizar a proposta de criação da comissão intra-hospitalar de doação de órgãos e tecidos para transplantes. A OSSHMTJ entende que esta é uma comissão é de suma importância, pois corresponde a uma iniciativa que tem como objetivo promover e facilitar a doação de órgãos e tecidos dentro do Hospital e subsidiar ofertas de capacitação de órgãos para a rede nacional de transplantes de órgãos, garantindo que mais vidas possam ser salvas por meio de transplantes.

A comissão intra-hospitalar de doação de órgãos e tecidos para transplantes é um órgão responsável por coordenar e promover a doação de órgãos e tecidos dentro do Hospital. Sua finalidade principal é garantir que o processo de doação de órgãos e tecidos seja realizado de forma ética, eficiente e segura, de acordo com as diretrizes e regulamentações estabelecidas pelas autoridades de saúde competentes

Justificativa:

A doação de órgãos e tecidos é um ato nobre que pode fazer a diferença entre a vida e a morte para muitas pessoas. Infelizmente, muitos pacientes que necessitam de um transplante não conseguem encontrar um doador compatível a tempo. A criação de uma comissão intra-hospitalar de doação de órgãos e tecidos visa aumentar a conscientização sobre a importância da doação e facilitar o processo para que mais transplantes possam ser realizados.

Objetivos:

- Promover a conscientização sobre a doação de órgãos e tecidos entre os profissionais de saúde, pacientes e suas famílias.
- Identificar e registrar potenciais doadores dentro do hospital.
- Coordenar a comunicação entre a equipe médica, a família do paciente e as organizações responsáveis pelo processo de transplante.
- Assegurar que todos os protocolos legais e éticos sejam seguidos durante o processo de doação e transplante.
- Fornecer suporte emocional e informacional às famílias dos doadores e receptores durante todo o processo.

Atividades propostas:

- Realizar treinamentos regulares para os profissionais de saúde sobre o processo de doação de órgãos e tecidos, incluindo aspectos legais, éticos e clínicos.
- Desenvolver materiais educativos para os pacientes e suas famílias, com informações claras e precisas sobre a doação de órgãos e tecidos.
- Identificar potenciais doadores dentro do hospital por meio de triagem sistemática de pacientes em situação crítica ou terminal.
- Estabelecer uma linha direta de comunicação com as organizações responsáveis pelos transplantes, a fim de agilizar o processo de compatibilidade e viabilizar os transplantes de forma mais eficiente.
- Organizar campanhas regulares de conscientização sobre a doação de órgãos e tecidos, tanto internamente quanto externamente, para incentivar a participação da comunidade.

Composição da comissão (Membros):

A comissão será composta por profissionais de diferentes áreas, incluindo:

- Médicos;
- enfermeiros,
- assistentes sociais,
- psicólogos e
- representantes das equipes jurídica e administrativa do hospital.

Cada membro desempenhará um papel específico de acordo com suas habilidades e expertise.

A comissão intra-hospitalar desempenha várias funções importantes, incluindo:

1. Sensibilização e educação: A comissão é responsável por sensibilizar os profissionais de saúde, pacientes e suas famílias sobre a importância da doação de órgãos e tecidos para transplantes. Isso pode envolver a realização de campanhas de conscientização, programas de educação e treinamento para a equipe médica.

2. Identificação de potenciais doadores: A comissão trabalha em estreita colaboração com as equipes médicas para identificar pacientes em potencial que possam ser doadores de órgãos e tecidos. Isso pode ocorrer em situações de morte encefálica ou em casos de doação em vida, quando permitido.

3. Avaliação e triagem: A comissão avalia cuidadosamente os critérios de elegibilidade e realiza a triagem dos potenciais doadores para garantir que eles atendam aos requisitos estabelecidos para a doação de órgãos e tecidos. Isso inclui avaliar a compatibilidade entre doador e receptor.

4. Consentimento informado: A comissão garante que todo o processo de consentimento informado seja seguido, esclarecendo as opções de doação para os familiares do potencial doador e respeitando suas decisões, sendo um momento delicado e importante acolhimento e abordagem por profissional capacitado.

5. Coordenação de equipes médicas: A comissão trabalha em conjunto com as equipes médicas envolvidas no processo de doação e transplante, coordenando as etapas necessárias, como a retirada de órgãos, transporte e transplante propriamente dito. Isso requer uma comunicação eficiente e coordenação entre as equipes.

6. Registro e documentação: A comissão mantém registros precisos de todas as etapas do processo de doação, incluindo informações sobre os doadores, receptores e transplantes realizados. Esses registros são importantes para garantir a rastreabilidade e a conformidade com as regulamentações.

A finalidade geral da comissão intra-hospitalar de doação de órgãos e tecidos para transplantes é facilitar o processo de doação, maximizar o número de doações efetivas e assegurar a distribuição justa e equitativa dos órgãos e tecidos disponíveis, visando salvar vidas e melhorar a qualidade de vida dos pacientes que aguardam um transplante.

Regimento Interno da Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes

Capítulo I: Disposições Gerais

Artigo 1º: A Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes (CIHDOTT) é uma instância responsável por coordenar e promover ações relacionadas à doação de órgãos e tecidos para transplantes dentro do âmbito do hospital.

Artigo 2º: A CIHDOTT tem como objetivo principal garantir a efetividade, segurança e qualidade dos processos de doação de órgãos e tecidos, buscando aumentar o número de doações e transplantes realizados no hospital.

Capítulo II: Composição e Atribuições

Artigo 3º: A CIHDOTT será composta por no mínimo 03 (três) membros integrantes do corpo de profissionais de saúde da instituição, de nível superior, dentre os quais, um será designado como Coordenador Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes, cuja formação profissional seja de médico (a) ou enfermeiro (a) com experiência e/ou formação em transplantes, sendo designados por portaria da Superintendência:

§ 1.º O Coordenador da CIHDOTT deverá possuir carga horária mínima de vinte horas semanais dedicadas exclusivamente à referida Comissão, uma vez que a CIHDOTT/HERSO está classificado como CIHDOTT tipo II.

§ 2.º A composição da CIHDOTT deve ser multiprofissional, obrigatoriamente devendo ser composta no mínimo: médico, enfermeiro, assistente social e psicólogo.

Artigo 4º: São atribuições da CIHDOTT:

I. Organizar, no âmbito do estabelecimento de saúde, o protocolo assistencial de doação de órgãos;

II. Criar rotinas para oferecer aos familiares de pacientes falecidos no estabelecimento de saúde, e que não sejam potenciais doadores de órgãos, a possibilidade da doação de córneas e outros tecidos;

III. Articular-se com as equipes médicas do estabelecimento de saúde, especialmente as das Unidades de Tratamento Intensivo (UTI), no sentido de identificar os potenciais doadores e estimular seu adequado suporte para fins de doação;

IV. Articular-se com as equipes encarregadas da verificação de morte encefálica (ME), visando assegurar que o processo seja ágil e eficiente, dentro de estritos parâmetros éticos;

V. Viabilizar a realização do diagnóstico de morte encefálica, conforme Resolução do Conselho Federal de Medicina (CFM) sobre o tema;

VI. Notificar e promover o registro de todos os casos com diagnóstico estabelecido de morte encefálica, mesmo daqueles que não se tratem de possíveis doadores de órgãos e tecidos, ou em que a doação não seja efetivada, com registro dos motivos da não doação;

VII. Manter o registro do número de óbitos ocorridos na instituição;

VIII. Promover e organizar o acolhimento às famílias doadoras antes, durante e depois de todo o processo de doação no âmbito da instituição;

IX. Articular-se com os respectivos Instituto Médico Legal (IML) e Serviço de Verificação de Óbitos (SVO) para, nos casos em que se aplique, agilizar o processo de necropsia dos doadores, facilitando, sempre que possível, a realização do procedimento no próprio estabelecimento de saúde, tão logo seja procedida à retirada dos órgãos;

X. Articular-se com Central Estadual de Transplantes (CET), Organização de Procura de Óbitos (OPO) e/ou bancos de tecidos, para organizar o processo de doação e captação de órgãos e tecidos;

XI. Arquivar, guardar adequadamente e enviar à CET cópias dos documentos relativos ao doador, como identificação, protocolo de diagnóstico de morte encefálica, termo de consentimento familiar livre e esclarecido, exames laboratoriais e outros eventualmente necessários à validação do doador, de acordo com a Lei Nº 9.434, de 1997;

XII. Orientar e capacitar o setor responsável, no estabelecimento de saúde, pelo prontuário legal do doador quanto ao arquivamento dos documentos originais relativos à doação, como identificação, protocolo de verificação de morte encefálica, termo de consentimento familiar livre e esclarecido, exames

laboratoriais e outros eventualmente necessários à validação do doador, de acordo com a Lei Nº 9.434, de 1997;

XIII. Responsabilizar-se pela educação permanente dos funcionários da instituição sobre acolhimento familiar e demais aspectos do processo de doação e transplantes de órgãos, tecidos, células ou partes do corpo;

XIV. Manter os registros de suas intervenções e atividades diárias atualizadas;

XV. Apresentar mensalmente os relatórios à Central Estadual de Transplantes (CET);

XVI. Articular-se com as demais instâncias intra e interinstitucionais no sentido de garantir aos candidatos a receptores de órgãos, tecidos, células ou partes do corpo o acesso às equipes especializadas de transplante, bem como auditar internamente a atualização junto à CET das informações pertinentes a sua situação clínica e aos demais critérios necessários à seleção para alocação dos enxertos;

XVII. Acompanhar a produção e os resultados dos programas de transplantes de sua instituição, inclusive, os registros de seguimento de doadores vivos;

XVIII. Implementar programas de qualidade e boas práticas relativas a todas as atividades que envolvam doação e transplantes de órgãos, tecidos, células ou partes do corpo;

XIX. Registrar, para cada processo de doação, informações constantes na Ata do Processo Doação/Transplante.

Art. 5° Das atribuições do Coordenador da CIHDOTT

Ao Coordenador incumbe atuar como membro, dirigir, coordenar e supervisionar as atividades da CIHDOTT e, especificamente:

I. Representar a CIHDOTT em suas relações internas e externas;

II. Instalar a CIHDOTT e presidir suas reuniões;

III. Promover a convocação das reuniões;

IV. Tomar parte das discussões e votações e, quando for o caso, exercer direito do voto de qualidade;

V. Designar dentre os membros da CIHDOTT, os relatores dos expedientes;

VI. Designar profissionais para realização de estudos, levantamentos e emissão de pareceres necessários à consecução das finalidades da Comissão;

VII. Articular-se com a Central Estadual de Transplantes;

VIII. Promover a interação da OPO com a CIHDOTT;

IX. Cumprir e fazer cumprir este Regimento Interno.

Art. 6.º Aos membros da CIHDOTT incumbe:

I. Realizar busca ativa de potenciais doadores de órgãos e tecidos;

II. Acompanhar a realização do Protocolo de Morte Encefálica (PME), garantido o cumprimento da legislação vigente;

III. Realizar o acolhimento dos familiares antes, durante e após a conclusão do Protocolo de Morte Encefálica;

IV. Preencher o Alerta Doador nas situações de suspeita de morte encefálica e óbito coração parado;

V. Realizar a entrevista para doação de órgãos e tecidos para transplantes, nos pacientes elegíveis para doação;

VI. Preencher e aplicar o Termo para Remoção de Órgãos e Tecidos para Transplantes, coletando a assinatura dos familiares e realizando a cópia dos documentos de identificação dos autorizadores e do doador;

VII. Acionar a Central Estadual de Transplantes nas situações de suspeitas de Morte Encefálica e na doação de córneas;

VIII. Registrar em prontuário as atividades desenvolvidas no processo de doação de órgãos e tecidos para transplantes;

IX. Preencher a Autorização de Internação Hospitalar nas doações de órgãos e tecidos;

X. Participar das reuniões ordinárias e extraordinárias da CIHDOTT;

XI. Participar das atividades de educação permanente desenvolvidas pelas CIHDOTT;

XII. Cumprir e fazer cumprir este Regimento Interno.

Art. 7° Da rotina administrativa da Comissão

A CIHDOTT deverá enviar à CET os documentos referentes ao paciente com morte encefálica, independentemente de serem doadores, em até 48 horas após o óbito;

A CIHDOTT deverá confeccionar e manter fielmente atualizadas, planilhas de Notificação de Morte Encefálica, onde devem constar dados como data da constatação, nome do paciente, número de prontuário, idade, procedência (nome do hospital), diagnóstico; se houve confirmação da ME, se houve entrevista familiar, órgãos retirados, motivos da não doação, local da necropsia, coordenador da sala cirúrgica e n° da Autorização de Internação Hospitalar.

A CIHDOTT deverá arquivar no prontuário do paciente o protocolo de morte encefálica original e manter cópia nos arquivos da CIHDOTT para fins de pesquisa e auditoria.

No caso de doações efetivadas devem ficar arquivados os seguintes documentos:

I. Termo de Declaração de Morte Encefálica;
II. Termo de Autorização para Doação de Órgãos e Tecidos;
III. Cópia de documento de identificação do doador e dos autorizadores;
IV. Exames e provas sorológicas;
V. Laudo e foto do exame complementar;
VI. Laudo de AIH;
VII. Evolução do membro da CIHDOTT.

No caso de constatação de ME apenas, arquivar no mínimo os seguintes documentos:

I. Termo de Declaração de Morte Encefálica;
II. Exames e provas sorológicas;
III. Laudo e foto do exame complementar;
IV. Evolução da CIHDOTT com motivo da não retirada.

Art. 08. A CIHDOTT deverá organizar arquivos de:

I. Atas e Regime Interno;

II. Correspondências recebidas e emitidas;

III. Estatística atualizada com planilhas contendo notificação/remoção com dados dos pacientes, cirurgião de retirada de órgãos, coordenador de sala, etc;

IV. Controle e estatística do programa de captação de córneas;

V. Relatório Mensal de Óbitos do Hospital;

VI. Material didático sobre doação de órgãos;

VII. Campanhas e eventos;

VIII. Leis e portarias;

IX. Revistas assuntos pertinentes e artigos científicos sobre o assunto;

X. Folhetos com material de divulgação/esclarecimento sobre doação de órgãos de diversas instituições (pelo menos um modelo de cada);

XI. Certificados de participação em cursos, seminários, palestras, etc. dos componentes da CIHDOTT;

Das Disposições Gerais

A Superintendência poderá a qualquer tempo e por motivo justificado, promover a substituição dos componentes da CIHDOTT bem como do Coordenador.

A CIHDOTT se reunirá de forma ordinária, mensalmente em dia, local e horário pré-estabelecidos, de acordo com a conveniência de seus membros. Em cada reunião deverá ser redigida ata com a devida assinatura dos participantes, que será arquivada em local apropriado.

A reunião da CIHDOTT instalar-se-á e deliberará com a presença de no mínimo 50% mais um dos seus membros.

§ 2.º No caso do "quórum" ser insuficiente, a reunião será suspensa após quinze minutos do horário programado para início.

§ 3.º As decisões da CIHDOTT serão tomadas por maioria simples dos presentes.

§ 4.º Cada membro terá direito a um voto.

§ 5.º O Coordenador da CIHDOTT terá o voto de qualidade.

§ 6.º A votação será nominal e aberta.

§ 7.º As deliberações tomadas pelo Coordenador "ad referendum" deverão ser encaminhadas a CIHDOTT para deliberação desta, na primeira reunião seguinte.

§ 8º É facultado ao Coordenador e aos membros da CIHDOTT solicitar o reexame de qualquer resolução exarada em reuniões anteriores, justificando possível ilegalidade, incorreção, inadequação técnica ou de outra natureza.

§ 9.º As reuniões extraordinárias poderão ser convocadas pelo Coordenador ou a pedido de qualquer um de seus membros.

Art. 09. O integrante da CIHDOTT que, sem motivo justificado, por escrito, deixar de comparecer a duas reuniões consecutivas ou a três intercaladas no ano civil, será desligado da comissão:

Parágrafo único: Cabe ao Coordenador da CIHDOTT enviar ofício à Superintendência informando a necessidade de substituição do profissional e indicação de novo membro para nomeação.

Art. 10. A CIHDOTT poderá a qualquer tempo e por motivo justificado propor à Superintendência, a substituição do Coordenador, por maioria absoluta dos membros.

Art. 11. O presente Regimento Interno poderá ser alterado, mediante proposta da CIHDOTT, através da maioria absoluta de seus membros, submetida à Superintendência.

Art. 12. Os casos omissos e as dúvidas surgidas na aplicação do presente Regimento Interno serão dirimidas pelo Coordenador da CIHDOTT, e em grau de recurso pela Divisão Médica.

Entre outras atribuições:

a) Promover campanhas de conscientização sobre a importância da doação de órgãos e tecidos para transplantes, tanto entre os profissionais de saúde quanto na comunidade em geral;

b) Realizar treinamentos e capacitações periódicas para os profissionais de saúde envolvidos no processo de doação e transplante;

c) Elaborar e revisar protocolos e diretrizes relacionados à identificação, notificação, manutenção e destinação de potenciais doadores;

d) Coordenar ações para otimizar a detecção e a avaliação de potenciais doadores de órgãos e tecidos, em conformidade com a legislação vigente;

e) Estabelecer parcerias com organizações externas, como a Central de Transplantes, para agilizar os processos de captação e distribuição de órgãos e tecidos;

f) Manter registros atualizados de todas as etapas do processo de doação e transplante, garantindo a confidencialidade e segurança das informações;

g) Realizar reuniões periódicas para avaliar os resultados e discutir estratégias de aprimoramento do trabalho da comissão.

Art. 13. O presente Regimento Interno entrará em vigor na data de sua publicação, revogando-se as disposições em contrário.

ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE- HMTJ	
GERÊNCIA GERAL / DIRETORIA TÉCNICA / DIRETORIA CLÍNICA	
Título: Planilha para Cronograma de Implantação da Comissão De Humanização Em Saúde	

Item	O que deverá ser feito?	Por que será feito?	Como será feito?	Por quem será feito?	Quando será feito?
1	Criar comissão de Humanização em saúde	Por obrigatoriedade (conforme portaria) de acordo com necessidade;	Nomeação de membros da equipe multiprofissional	Gerente Geral	Mês 1
2	Reuniões ordinárias;	Discutir as estratégias que serão adotadas de acordo com as visitas nas áreas com levantamento de oportunidades de ações de humanização. Reunir com grupos e aplicar as ações propostas de acordo com o planejamento do GTH.	Ações de sensibilização com equipes, campanhas beira leito de humanização como cantatas, dia feliz na alta, entre outras ações planejadas.	Membros do Grupo.	Mês 2
3	Elaborar Regimento Interno da Comissão	Para direcionar as ações de grupo, parcerias e recursos para a realização de ações de humanização a pacientes internados e acompanhantes.	Documento de planejamento das ações anual e ações pontuais de acordo com a demanda.	Membros do Grupo.	Mês 3
4	Reuniões ordinárias;	Discutir as estratégias que serão adotadas de acordo com as visitas nas áreas com levantamento de oportunidades de ações de humanização. Reunir com grupos e aplicar as ações propostas de acordo com o planejamento do GTH.	Ações de sensibilização com equipes, campanhas beira leito de humanização como cantatas, dia feliz na alta, entre outras ações planejadas.	Membros do Grupo.	Mês 3
5		Realizar a sensibilização	Elaborar estratégias de		

	Estabelecer estratégias e mecanismos envolvendo e integrando os diferentes setores	das equipes para participação de campanhas de humanização de pacientes/humanização.	humanização com visitas programadas nos setores.	Membros do Grupo.	Mês 4
5	Reuniões ordinárias;	Discutir as estratégias que serão adotadas de acordo com as visitas nas áreas com levantamento de oportunidades de ações de humanização. Reunir com grupos e aplicar as ações propostas de acordo com o planejamento do GTH.	Ações de sensibilização com equipes, campanhas beira leito de humanização como cantatas, dia feliz na alta, entre outras ações planejadas.	Membros do Grupo.	Mês 4
6	Programar e realizar treinamentos sobre o tema humanização	Preparar a equipe para os momentos das campanhas de Humanização. E Sensibilização das dos profissionais envolvidos	Realizar divulgação das campanhas internas junto ao setor de Comunicação.	Membros do Grupo	Mês 5
9	Reuniões ordinárias;	Discutir as estratégias que serão adotadas de acordo com as visitas nas áreas com levantamento de oportunidades de ações de humanização. Reunir com grupos e aplicar as ações propostas de acordo com o planejamento do GTH.	Ações de sensibilização com equipes, campanhas beira leito de humanização como cantatas, dia feliz na alta, entre outras ações planejadas.	Membros do Grupo.	Mês 6 Mês 7 Mês 8 Mês 9 Mês 10 Mês 11
10	Reuniões ordinárias;	Apresentar o compilado de ações implementadas durante o ano e planejamento demais ações e	Divulgação das ações no site da instituição e em plano de trabalho do serviço. Levantar oportunidades de melhorias bem para próximo ano.	Membros do Grupo.	Mês 12

		ampliação do público para novo ciclo.			

ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE- HMTJ
GERÊNCIA GERAL / DIRETORIA TÉCNICA / DIRETORIA CLÍNICA
Título: Planilha para Cronograma de Implantação da Comissão Intra-Hospitalar de Doação de orgãos e Tecidos

Item	O que deverá ser feito?	Por que será feito?	Como será feito?	Por quem será feito?	Quando será feito?
1	Criar comissão	Por obrigatoriedade (conforme portaria) de acordo com necessidade;	Através de eleição de membros da equipe multiprofissional	Diretoria Clínica	Mês 1
2	Reuniões ordinárias;	Acompanhar o perfil de pacientes atendidos, compilar o número de entrevistas realizadas e número de sucessos de captação de órgão, articuladas com a central de transplantes.	Relatórios com a direção sobre o andamento da comissão e resultados alcançados.	Membros da comissão	Mês 2
3	Elaborar Regimento Interno da Comissão	Para oferecer suporte e orientação das atividades e bases de dados de acordo com perfil epidemiológico de atendimento.	Relatório via sistema do número de pacientes atendidos por profissional/especialidade.	A própria comissão	Mês 3
4	Reuniões ordinárias;	Acompanhar o perfil de pacientes atendidos, compilar o número de entrevistas realizadas e número de sucessos de captação de órgão, articuladas com a central de transplantes.	Relatórios com a direção sobre o andamento da comissão e resultados alcançados.	Membros da comissão	Mês 3
5	Organizar o protocolo assistencial de doação de órgãos;	Atualizar as diretrizes e fluxos de abordagem do possível doador de órgãos.	Revisão da literatura e manual da CIHDOTT.	Membros da comissão	Mês 4
6	Reuniões ordinárias;	Acompanhar o perfil de pacientes atendidos, compilar o número de entrevistas realizadas e	Relatórios com a direção sobre o andamento da comissão e resultados alcançados.	Membros da comissão	Mês 4

		número de sucessos de captação de órgão, articuladas com a central de transplantes.			
7	Promover e organizar o acolhimento às famílias doadoras antes, durante e depois de todo o processo de doação no âmbito da instituição	Preparar a equipe que realizará a abordagem da família nos casos de possibilidade de doação de orgãos.	Realizar abordagem em local tranquilo e apresentar os termos de consentimento e documentações adequadas.	Membros da comissão	Mês 5
8	Reuniões ordinárias;	Acompanhar o perfil de pacientes atendidos, compilar o número de entrevistas realizadas e número de sucessos de captação de órgão, articuladas com a central de transplantes.	Relatórios com a direção sobre o andamento da comissão e resultados alcançados.	Membros da comissão	Mês 5
9	Reuniões ordinárias;	Acompanhar o perfil de pacientes atendidos, compilar o número de entrevistas realizadas e número de sucessos de captação de órgão, articuladas com a central de transplantes.	Relatórios com a direção sobre o andamento da comissão e resultados alcançados.	Membros da comissão	Mês 6 Mês 7 Mês 8 Mês 9 Mês 10 Mês 11
10	Reuniões ordinárias;	Apresentar Compilado anual de doações de órgãos, número de doações realizadas com sucesso, bem como aspectos negativos/dificultadores de adesão ao processo de doação. Levantamento de	Divulgação de resultados e identificação de oportunidades de melhorias bem como os motivos que impactaram em não adesão ao processo de doação de orgãos.	Membros da comissão	Mês 12

		propostas de melhorias próximo ciclo.			



10.2.2: ÁREA DA QUALIDADE

QUALIDADE SUBJETIVA: AVALIAMEDIDAS DE PROMOÇÃO DARELAÇÃO HUMANA E APOIO SOCIALNA COMUNIDADE INTERNA EEXTERNA DO HOSPITAL: ACOLHIMENTO E ATENDIMENTO

Desenvolvimento da unidade

10.2.2: ÁREA DA QUALIDADE

QUALIDADE SUBJETIVA: AVALIAMEDIDAS DE PROMOÇÃO DARELAÇÃO HUMANA E APOIO SOCIALNA COMUNIDADE INTERNA EEXTERNA DO HOSPITAL: ACOLHIMENTO E ATENDIMENTO

Desenvolvimento da unidade

Projeto de Educação Permanente individualizada para o estabelecimento de saúde

PROPOSTA PARA EDUCAÇÃO PERMANETE

A Educação permanente em saúde (EPS) é o processo de aprendizagem no trabalho, no qual o aprender e o ensinar estão associados ao cotidiano desse cenário.

A EPS baseia-se em uma prática significativa às necessidades do serviço e na possibilidade de transformar a atuação dos trabalhadores da saúde. Ademais, é um processo que considera os saberes prévios dos profissionais da saúde, articulados aos problemas vivenciados no dia a dia, para a construção de conhecimentos (Brasil, 2014).

A partir da criação do Sistema Único de Saúde (SUS) ficou evidente a necessidade de mudança na formação dos profissionais de saúde. No Brasil esses profissionais são formados com grande domínio de técnicas, porém diversas vezes são incapazes de compreender a subjetividade e a diversidade da cultura das pessoas. Não são preparados para o trabalho de forma multi e inter- disciplinar e apresentam dificuldades de implementar os princípios do SUS no seu serviço diário.

Os processos de qualificação dos trabalhadores de saúde devem ter como referência as necessidades da população, da gestão e do controle social. É importante que tenham como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho sendo estruturados a partir da problematização do processo de trabalho.

Esta Educação Permanente em Saúde destaca-se pela valorização do trabalho como fonte do conhecimento, vinculação do cotidiano e do processo de aprendizagem, orientação das ações educativas para a integração do trabalho de maneira inter e multiprofissional. Com isso, a educação será trabalhada de maneira permanente e dinâmica, buscando construir espaços coletivos para a reflexão e avaliação, pondo o cotidiano do trabalho em análise.

No HMTJ, a qualificação profissional é oferecida pela através do serviço de Educação Permanente, será norteada pela Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), instituída por meio da Portaria GM/ MS nº 198/2004; que teve suas diretrizes de implementação publicadas na Portaria GM/MS nº 1.996/2007. Apresenta duas modalidades: a Educação Continuada e a Educação Permanente em Saúde.

A Educação Continuada enfatiza a atualização e o aperfeiçoamento técnico para a área de atuação, contempla atividades com período definido para execução e utiliza, em sua maior parte, atividades educacionais e estratégias de ensino tradicional, formal, visa promover a aquisição sequencial e acumulativa de informações técnico-científicas pelo trabalhador. É realizada por meio de cursos, palestras, aulas, treinamentos.

A Educação Permanente em Saúde (EPS) se configura como aprendizagem no trabalho, neste contexto o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano. Há problematização da realidade, ou seja, identificação dos problemas do trabalho pelos profissionais e os usuários e a busca por informações e soluções, com o intuito de Qualificar o atendimento prestado, transformar as práticas profissionais e a organização do trabalho e aumentar a resolubilidade a eficiência do sistema de saúde. Utiliza diferentes estratégias de aprendizagem como oficinas em grupo, rodas de conversa, capacitações, jogos, dramatizações, vídeos, simulações, experimentos, ilustrações.

Na Política do HMTJ de Educação Permanente em Saúde devem ser observadas trêsquestões principais associadas à capacitação e à educação permanente do pessoal de saúde:

- Nem toda ação leva a um processo de educação permanente;
- A educação permanente, como estratégia sistemática e global, pode abranger diversas ações específicas de capacitação e não o inverso;
- Todo processo de educação permanente requer elaboração, desenho e execução apartir de uma análise estratégica e da cultura institucional dos serviços de saúde

O setor de educação permanente do HMTJ é formado por profissionais de nível superior e este são responsáveis pela organização, planejamento, execução dos eventos promovidos pelo setor e seguindo o plano de gestão de qualidades a realização de avaliação, revisão dos protocolos operacionais padrão (POP), além de dar suporte às atividades do setor. A educação permanente não é vista igualmente por todos os profissionais como uma estratégia potente para a transformação das práticas de saúde. Atingir e identificar essas necessidades torna-se mister para uma boa atuação e prática dos profissionais das unidades básicas em estudo

Espera-se que a formação dos novos profissionais de saúde seja voltada à realidade da população, respeitando suas necessidades com um modelo de assistência de excelência2,3. Ressalta-se que a reorientação da formação profissional em saúde deve ser um movimento de fortalecimento do SUS, portanto, a formação em serviço passa a ter papel fundamental na metodologia pedagógica.

POLÍTICA INSTITUCIONAL DE EDUCAÇÃO PERMANENTE E CONTINUADA

CAPITULO 1 - DAS DEFINIÇÕES

A busca por qualidade na atenção à saúde dos usuários, exige dos profissionais envolvidos competências técnicas em suas atuações. Isso significa que uma qualificação adequada e em seguida a busca por capacitações torna o profissional da saúde apto para atuar em todos os níveis de atenção.

A discussão sobre qualificação dos profissionais passa a ser fundamental e estratégica para o Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus. Desta forma, a política de recursos humanos preconiza a educação permanente no trabalho, o desenvolvimento de lideraças, visando alcançar perfis profissionais orientados pelas necessidades da população, em cada realidade e em cadanível de complexidade.

Nesse contexto, a educação dentro das instituições de saúde, em todos os níveis de atenção, é considerada um esforço educativo e universal dos profissionais que se baseiam na dinamicidade e na integralidade de cada região.

Atrelado a esse fator, esse processo permite o conhecimento das necessidades dos grupos sociais, ordenando um ensinamento lógico e contínuo em todas as redes de serviços de saúde paratentar minimizar os problemas encontrados.

Partindo desse paradigma, muitos debates vêm sendo criados nos sistemas de saúde, acerca do desenvolvimento de recursos humanos educativos dentro desses ambientes. Nessas vertentes educativas dois modelos têm se sobressaído como método de obtenção para melhores resultados durante a intervenção dos profissionais desse setor que é a "Educação Permanente" e "Educação Continuada".

Ela leva em consideração os problemas enfrentados na realidade daquele espaço de trabalho,bem como as experiências que as pessoas possuem e que adquiriram ao longo do tempo. Já a educação continuada, é entendida como toda ação desenvolvida após a graduação, com propósito de atualização de conhecimentos e aquisição de novas informaçõese atividades de duração definida por meio de metodologias formais. É o conjunto de experiências que vem em seguida a formação primária, permitindo ao trabalhador aprimorar e/ou aumentar sua capacidade, igualando sua competência com o grau de necessidade de cada região.

Desta forma, enquanto a educação continuada envolve as atividades de ensino após a graduação (atualização), possui duração definida e utiliza metodologia tradiciona l,a Educação Permanente estrutura-se a partir de dois elementos: as necessidades do processo de trabalho e o processo crítico como inclusivo ao trabalho.

Os profissionais da área da saúde como um todo são responsáveis por esse processo, tanto no que tange a educação permanente que é fixa e responsável pelo desenvolvimento do indivíduo, quanto a educação continuada que sempre sofre modificações de acordo com as mudanças de cada esfera inserida, com o propósito de

alcançar os objetivos dos sistemas, buscando atrelar teoria e prática e obter um diálogo contínuo com os usuários.

A Educação Permanente e Continuada em Saúde refere-se à prática social fundamentada na concepção de educação como espaço de problematização, reflexão e diálogo.

Nessa concepção, o elaborou a Política Institucional de Educação Permanente e Continuada em Saúde, com definição clara das suas diretrizes, princípios e objetivos.

APRESENTAÇÃO

A Política Institucional do Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus para de Educação Permanente e Continuada em Saúde opera de forma articulada e integrada aos órgãos públicos, instituições privadas, educativas e sociedade civil organizada, em sinergia com outras políticas educacionais e contribuindo para o fortalecimento da gestão da saúde e do SUS.

A Política Institucional de Educação Permanente e Continuada em Saúde adotará o referencial do quadrilátero de formação para a área da saúde (ensino, gestão, atenção e controle social) a fim de construir e organizar uma educação responsável por processos interativos e de ação na realidade, para operar mudanças, mobilizar caminhos, convocar protagonismos e detectar a paisagem interativa e móvel de indivíduos, coletivos e instituições, como cenário de conhecimentos e invenções.

PRINCÍPIOS FUNDAMENTAIS

I Valorizar o conhecimento como instrumento de qualificação da gestão, da assistência e da vigilância em saúde;

II Enfoque humanista, democrático, participativo, crítico e inserido na realidade sanitária e dos serviços de saúde.

CAPÍTULO II - DOS OBJETIVOS

I Promover a integração de saberes, intra e interinstitucionalmente, e a detecção de necessidades em Educação Permanente e Continuada em Saúde;

II Apoiar a formação, atualização, qualificação, participação, informação e intercâmbio de saberes dos profissionais que atuam no Sistema Único de Saúde (SUS);

III Melhorar o desempenho do pessoal em todos os níveis de atenção e funções do respectivo processo de produção;

IV Contribuir para o desenvolvimento de novas competências, como a liderança, a gerência descentralizada, a autogestão, a gestão de qualidade;

V Servir de substrato para transformações culturais de acordo com as novas tendências, como a geração de práticas desejáveis de gestão, a atenção e as relações com a população.

VI Desenvolver a Educação Permanente e Continuada em Saúde na perspectiva de compreensão do conceito ampliado do processo saúde/doença, em consonância com as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS);

VII- Fomentar a assistência, pesquisa e ensino em saúde e sua divulgação

CAPÍTULO III - DAS DIRETRIZES

I Reconhecimento das especificidades locais para a elaboração e desenvolvimento daEducação Popular em Saúde;

II Fortalecimento das redes de atenção à saúde integradas;

III Adoção de estratégias inovadoras para a realização das ações de Educação Permanente e Continuada em Saúde;

IV Desenvolvimento de estudos e pesquisas que favoreçam o aprimoramento e a qualificação das práticas em saúde;

V Desenvolvimento de parcerias que propiciem ações em Educação Permanente e Continuada em Saúde de forma abrangente;

VI Qualificação dos colaboradores da instituição, ampliando o conhecimentos e aumentando a eficácia dos serviços de saúde em benefício da população;

VII Desenvolvimento de indicadores que possibilitem o monitoramento e avaliação das ações promovidas

CAPÍTULO IV - DOS ESPAÇOS

A organização das atividades de Educação Permanente e Continuada em Saúde será realizada considerando a necessidade de cada projeto e coordenada pelo Núcleo de Educação Permanente em Saúde local (NEPS) e pactuado entre as diversas instânc ias envolvidas.

São espaços definidos para Educação Permanente e Continuada em Saúde:

1. BASES – espaços que ocorrem nos serviços de saúde;
2. NÚCLEOS – reuniões por categoria profissional, referente às especificidades das áreas profissionais;

3. CAMPOS – espaços específicos de qualificação;

4. INTERSECÇÃO – espaços de intercâmbio de ações e práticas de conhecimento entre as unidades de saúde.

CAPÍTULO V – DA GESTÃO

A Política Institucional de Educação Permanente e Continuada em Saúde permeará todos os âmbitos, norteada por um Plano de Ação Institucional de Educação Permanente e Continuada em Saúde e coordenada pelo **Núcleo de Educação em Serviço (NES).** O Plano de Ação Institucional de Educação Permanente e Continuada em Saúde deverá ser elaborado interinstitucionalmente e pactuado entre as diversas esferas envolvidas, baseado no diagnóstico situacional das necessidades e resultando em um cronograma de ações integradas.

São atribuições do NES:

1. – Planejar, coordenar e monitorar a execução do Plano de Ação Institucional de EducaçãoPermanente e Continuada em Saúde;
2. – Assessorar os gestores na discussão sobre Educação Permanente e Continuada em Saúde;
3. – Estimular e apoiar a formação continuada e permanente dos trabalhadores de saúde;
4. – Promover a integração dos diferentes segmentos sociais por meio de projetos e pesquisas em Educação Permanente e Continuada em Saúde;
5. – Elaborar e apoiar o desenvolvimento de projetos através de planejame nto participativo;
6. – Monitorar e avaliar as ações e estratégias de Educação Permanente e Continuada em Saúdeimplantadas no referido serviço/projeto;

CAPÍTULO VI – DOS EIXOS

As estratégias de ação da Educação Permanente e Continuada em Saúde, integrando ensino, gestão, atenção e controle social, ocorrerão principalmente nos seguintes eixos:

I – DESENVOLVIMENTO PROFISSIONAL

Desenvolvimento Profissional é o eixo responsável por organizar, divulgar e monitorar o calendário anual de qualificação e formação profissional, criando e mantendo um banco de dados dos profissionais capacitados, ordenando a participação em eventos e formulando propostas e estratégias pedagógicas, conforme o Plano de Ação Institucional de Educação Permanente e Continuada em Saúde.

II – OBSERVATÓRIO EM SAÚDE

Observatório em Saúde é o eixo responsável pela transparência e acesso às informações sobre Educação Permanente e Continuada em Saúde em desenvolvimento nos serviços próprios e gerenciados, possibilitando o monitoramento e avaliação. Agrega informações estratégicas, como projetos, pesquisas, estudos e ações, disponibilizando dados a toda sociedade civil.

CAPÍTULO VII - DA ALOCAÇÃO DE RECURSOS

1. O HMTJ, deverá prever e prover recursos para a execução da Política Institucional de Educação Permanente e Continuada em Saúde;
2. Para a implementação da Política Institucional de Educação Permanente e Continuada em Saúde, oHMTJ poderá firmar contratos, convênios e parcerias.

CAPÍTULO VIII - DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Caberá ao Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus:

1. Destinar os recursos humanos, financeiros e tecnológicos necessários para o funcionamento e consolidação de NES, incluindo a comunicação permanente entre os seus componentes, através de encontros presenciais e/ou meio eletrônico, e desenvolvimento do Observatório em Saúde.
2. Destinar estrutura física adequada para o trabalho do NES, podendo ser em espaço próprio, cedido ou compartilhado com outras instituições parceiras.

Apresentada nossa Política Institucional de Educação Permanente e Continuada em Saúde, abordaremos a seguir algumas especificidades do projeto em consonância com a nossa Política.

Como apresentado anteriormente, as ações de Educação Permanente e Continuada em Saúde são desenvolvidas em três eixos prioritários que integram ensino, gestão, atençãoe controle social, a saber:

- ✓ **Formação no SUS e para o SUS;**
- ✓ **Desenvolvimento Profissional**
- ✓ **Observatório em Saúde**

Detalharemos a seguir nossa proposta de Educação Permanente e Continuada em Saúdepara as unidades objetos deste edital.

CRONOGRAMA DE IMPLANTAÇÃO

Organização

Objetivo é Estruturar Programa para desenvolver as competências, com base no diagnóstico situacional, em conjunto com os profissionais.

Nessa etapa a ação realizada será de utilizar estratégias de ensino reflexivas e participativas voltadas à problematização e reflexão sobre a real necessidade. A duração desse processo é de 30 dias.

Implementação

Nessa etapa o objetivo é implementar o Programa de Educação Permanente e Continuada em Saúde.

A elaboração do Plano propriamente dito acontece nesse momento. Através de um instrumento previamente elaborado, construímos um programa permanente por módulos (temas) considerando os itens: objetivo, público-alvo, conteúdo, metodologia de ensino, estratégias de adesão e divulgação, recursos necessários, metodologia de avaliação de resultados e custos. Esse processo tem duração de 30 dias.

Método de identificação de necessidade de treinamento

O objetivo é identificar as necessidades de treinamento, devendo estar em acordo com as lacunas de competências, individuais e grupais, para atingir os objetivos da unidade, ou seja, devem estar alinhadas ao desenvolvimento de competências (habilidades, conhecimentos e atitudes) esperados pela organização.

Desta forma, a necessidade de treinamento será verificada mediante ata de reunião, avaliação de desempenho, demanda legal, notificações de não conformidades (RNC), resultado apresentado pelos indicadores, interações com a equipe, relatório de custos e relatório de visita técnica, análise das notificações de Near Miss e de eventos adversos.

Método de aplicação dos treinamentos

O objetivo é capacitar toda a equipe multiprofissional a fim de aprimorar as habilidades técnicas e científicas, bem como atualizar os colabnoradores.

Existem diversas formas de treinar as equipes, dentre elas estão o treinamento presencial teórico/prático utilizando metodologias ativas que desenvolvam a participação e compreensão de cada particfipante, bem como estabelecer um ambiente lúdico, porém focado no ensino/aprendizagem.

Outras ferramentas que podem ser utilizadas é a plataforma online de treinamento, sendo de forma otimizada e de acesso prático,além de proporcionar a liberdade ao colaborador dentro do processo de trabalho, o acesso da plataforma para a execução das atividades conforme orientação a qualquer momento e em qualquer equipamento que disponibilize internet. Dentro da perspectiva do uso da tecnologia para o aprimoramento profissional, pode-se utilizar dentro da plataforma videoconferências com os tutores/alunos, considerada uma aula dinâmica e diferenciada, tendo como benefício a interação entre os alunos e professores.

Avaliação

Nessa etapa o objetivo é realizar o monitoramento das etapas do programa e a avaliação dos resultados. A principal ação é utilizar ferramentas como: Avaliação de reação; Análise crítica; Avaliação de Eficácia e Indicadores Institucionais.

Avaliação acontece durante todo o período de vigência do Plano de Ação da Educação Permanente e Continuada em Saúde, até mesmo, durante a elaboração do Plano para o ano seguinte. Essas atividades podem ser aplicadas presencialmete,seguindo os documentos padronizados pelo Recursos Humanos ou até mesmo aplicado via plataforma online, onde cada colaborador terá acesso aos questionários avaliativos de acordo com cada capacitação.

Relatório

O objetivo é proporcionar as informações necessárias para a tomada de decisão e divulgar as atividades realizadas. Nessa etapa final estruturamos um relatório analítico para

mensurar o alcance dos objetivos estruturados, com a finalidade de buscar aperfeiçoamento e melhoria de ações. Além de identificar por meio da médias de notas e/ou percentual de participação dos treinamentos os possíveis gap's, nas quais precisam do aprimoramento no decorrer do planejamentos das capacitações.

A entrega de cada relatório ao Recusrsos Humanos acontece durante o mês subsequente ao termino do Plano de Ação da Educação Permanente e Continuada em Saúde.

Apresentamos a seguir o cronograma (programação) das capacitações para os dois primeiros anos de Gestão, elaborado a partir das necessidades identificadas pelo HMTJ, abordando as diversas categorias profissionais presentes.

Quadro 1: Cronograma de Treinamentos para equipe multiprofissional.

MÊS	TEMA	OBJETIVO
1° mês	Integração	Qualificar os a equipe multiprofissional com relação a missão, visão, valo e políticas de qualidade, bem como a apresentação de todos os serviços da unidade.
2° mês	Atendimento de Enfermagem em Parada Cardiorrespiratória (PCR)	Atualizar a equipe multiprofissional para o atendimento organizado, priorizando pela assistência segura e dequalidade aos clientes em PCR.
3° mês	Impacto da Higiene das Mãos no Controle de Infecção	Orientar as equipes sobre a prevenção e medidas para controlar a infecção hospitalar e padronizar a técnica de higienização das mãos.
4° mês	Cadeia de Valor	Trabalhar os conceitos que envolvem a cadeia de valor com foco em desenvolver a liderança para o trabalho de excelência e melhoria contínua.
5° mês	Atuação dos Líderes no Controle e Prevenção de IRAS	Capacitar os profissionais para realização de ações de prevenção e controle da infecção hospitalar durante oprocesso assistencial.
6° mês	Sepse	Capacitar os colaboradores para identificação prévia dos sinais e sintomas de sepse a fim de implementar as condutas assistenciais dentro da hora ouro.
7° mês	Atendimento qualificado e seguro: "você seria seupróprio Cliente"	Levar os profissionais a um autorreflexão sobre a forma de atendimento, resgatando valores e princípios éticos da profissão.
8° mês	Processos de Qualidade	Contribuir para desenvolvimento, implementação e monitoramento dos diversos processos de melhoria contínua das práticas assistenciais e administrativas.
9° mês	Humanização em Saúde	Trabalhar com os colaboradores no que diz respeito a humanização em saúde frente a prestação da assistencia do cliente desde sua admissão até a alta.
10° mês	LGPD	Orientar aos colaboradores quanto a lei geral de proteção de dados, uma vez que a unidade movimenta dados sigilosos epessoais.

11° mês	Uso adequado de EPI's	Verificar a retenção do conhecimento através da simulação realística dos principais temas trabalhados durante ano
12° mês	Comunicação Efetiva	Capacitar os colaboradores quanto comunicação clara e efetiva, a fim de minimizar falhas dos processos assistenciais.
13° mês	Notificação de Incidentes	Qualificar a equipe multiprofissional com relação a importancia da notificação dos incidentes (Near Miss, Incidento com dano, Evento adverso) frente a prestação dos cuidados. A fim de aprimorar o processo de trabalho e assegurar assistencia de qualidade ao cliente.
14° mês	Acidente Vascular Cerebral	Atualizar os colaboradores com relaçao a identificação do cliente com AVC seguindo o protocolo do encaminhamento par a unidade de referencia dentro do tempo preconizado.
15° mês	Prevenção de Quedas	Capacitar as equipes nas medidas que previnem queda ao cliente conforme o protoco.
16° mês	Cuidados Paliativos	Orientar a equipe multiprofissional quanto ao protocolo de cuidados paliativos e o processo de finitude.
17° mês	Evolução (registro) emprontuário eletrônico	Treinar as equupes frente ao registro em prontuário eletronico de forma adequada e corente com o processo deatendimento e avaliação de cada cliente.
18° mês	Contenção Mecânica	Capacitar as equipes para o cumprimento adequado do protocolo de contenção mecânica.
19° mês	Identificação do Paciente	Capacitar as equipes sobre a importância da identificação correta dos pacientes.
20° mês	Ética Profissional	Capacitar os colaboradores com relação aos preceitos éticos e legais durante o processo de trabalham.

21° mês	Prevenção de Broncoaspiração	Capacitar a equipe multiprofissional, na atuação preventiva e corretiva nos momentos de intercorrencias, relacionadas a broncoaspiração.
22° mês	Administração de medicamentos	Capacitar as equipes sobre a importancia de seguir os 13 certos para a dministrar uma medicação de forma segura, envolvendo os processos desde a prescriçã a administração.
23° mês	Alívio de Engasgo	Orientar aos colaboradores com relação ao manejo da vítma engasgada.
24° mês	Aspiração de Vias Aéreas Superior e Inferior	Orientar os colaboradores sobre o processo de aspiração em sistema fechado e em sistema aberto.



10.2.2: ÁREA DA QUALIDADE

QUALIDADE SUBJETIVA: AVALIA MEDIDAS DE PROMOÇÃO DA RELAÇÃO HUMANA E APOIO SOCIAL NA COMUNIDADE INTERNA E EXTERNA DO HOSPITAL: ACOLHIMENTO E ATENDIMENTO

Desenvolvimento da unidade

Fluxo de Manutenção Preventiva e corretiva deequipamentos para a unidade de saúde

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

No dicionário, a palavra manutenção é definida como: "medidas necessárias para a conservação ou a permanência de alguma coisa ou de uma situação; os cuidados técnicos indispensáveis ao funcionamento regular e permanente de motores e máquinas".

A Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT), define a manutenção pela norma NBR 5462-1994: "como a combinação de todas as ações técnicas e administrativas, incluindo as de supervisão, destinadas a manter ou recolocar um item em um estado no qual possa desempenhar uma função requerida".

A manutenção consiste nas atividades que visam obter disponibilidade e confiabilidade do sistema e de seus componentes a um certo nível de qualidade. Inclui as atividades relacionadas ao controle das peças de reposição, recursos humanos e gestão de riscos em todas as decisões e em todos os níveis da organização. Incluindo atividades relacionadas com as falhas, como a prevenção, detecção, reparo, investigação de suas causas e estabelecimento de contramedidas para sua reincidência.

Segundo a Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT), o defeito, a falha e a pane podem ser definidos pela norma NBR 5462-1994 como:

• "Defeito: Qualquer desvio de uma característica de um item em relação aos seus requisitos", e "esse defeito pode, ou não, afetar a capacidade de um item em desempenhar uma função requerida".

• Falha: "Término da capacidade de um item desempenhar a função requerida".

• Pane: "Estado de um item caracterizado pela incapacidade de desempenhar uma função requerida. Uma pane é geralmente o resultado de uma falha de um item, mas pode existir sem uma falha anterior".

Na Figura 2 mostra-se um esquema explicando os tipos de manutenção:

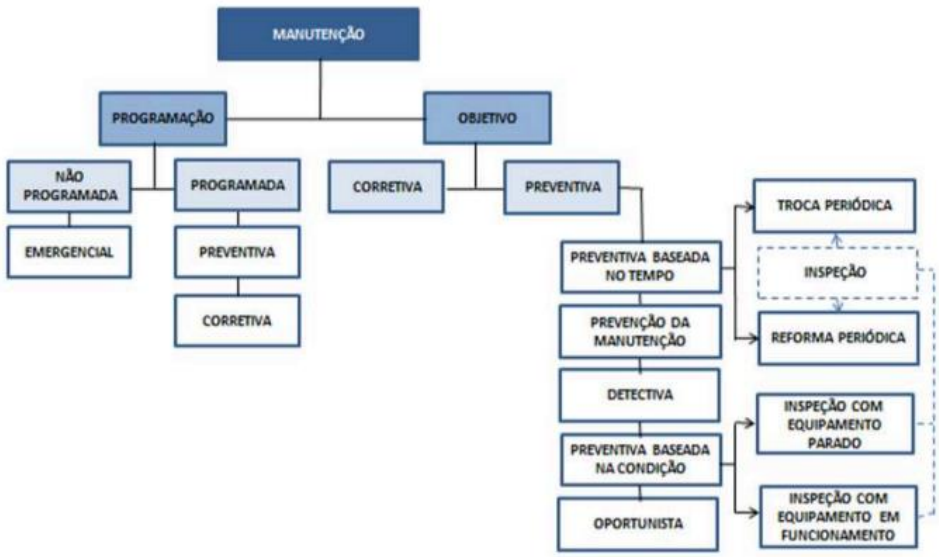


Figura 2 – Tipos de Manutenção. Fonte: Adaptado de Xenos (2004); Siqueira (2005)

A partir destas atividades de manutenção é possível garantir o bom funcionamento dos equipamentos, otimizando sua operação e garantindo a qualidade do serviço prestado.

A engenharia Clínica traz grandes contribuições para as unidades de saúde na gestão das Manutenções dos equipamentos médico-hospitalares preservando e aumentando a vida útil dos mesmos, de forma que os equipamentos possam entregar aos pacientes segurança e qualidade assistencial. Tal serviço será terceirizado através de empresa especializada.

A empresa contratada de Engenharia Clínica deverá apresentar a seguinte documentação para participação do processo:

- Técnicos com registros no CREA atuantes no contrato;
- Engenheiro clínico como gestor do contrato;
- Empresa com registro no CREA;
- Fornecimento de relatório de gestão de Engenharia Clínica, com acompanhamento mensal que contemplem Indicadores de Desempenho como: custo de reparo, custo de contrato de manutenção, resolutividade total das OSS abertas no período, entre outros;
- Elaboração e acompanhamento pelo Engenheiro Clínico da estratégia de manutenção preventiva do parque tecnológico;
- Disponibilizar profissionais treinados e capacitados que deverão ser capazes de auxiliar e atender principalmente os processos assistenciais nas soluções para os problemas técnicos em equipamentos médico-hospitalares.
- Definição das necessidades, periodicidades e tolerâncias aplicáveis de calibração;
- Declaração expressa de que a empresa dispõe de equipamentos aptos para aferição, calibração e controle de qualidade, para os seguintes equipamentos médico-hospitalares: Cardioversores e Desfibriladores; Monitores Multiparamétricos; Respiradores; Tensiômetros e aspiradores cirúrgicos; Centrífugas; Esfigmomanômetros; Aspiradores Cirúrgicos; Bisturis; Oxímetros de Pulso; Segurança Elétrica; dentre outros que se fizerem necessário;
- Disponibilizar a autorização emitida pelo INMETRO, em nome da empresa, para fins de conserto e manutenção em esfignomanômetro e balanças.
- Realizar inventário dos equipamentos contendo informações como: número de série, marca, modelo, patrimônio, registro na ANVISA, condição (próprio, com contrato, em garantia, comodato etc.) setor, criticidade e quantidade;

- Elaboração de cronograma com a definição dos planos de manutençãopreventiva e calibração de todos os equipamentos;
- Execução das manutenções preventivas com base em checklists técnico adequado às características dos equipamentos e atendendo recomendações técnicas de manuais especializados;
- Execução de Calibração com emissão de certificado;
- Os serviços técnicos programados de calibração, que por sua natureza técnica acarretarem a paralisação dos equipamentos, deverão ser executados em dias e horários não coincidentes com o expediente dos setores, acordados pelos responsáveis da área;
- Execução de testes de segurança elétrica;
- Gerenciamento e análise de contratos de manutenção vigentes, a fim de avaliar sua viabilidade financeira, utilizando indicadores de desempenho e benchmarking de valores de mercado;
- Atuar sobre todos os equipamentos médico-hospitalares inoperantes, exceto nos que detêm manutenção exclusiva por rede autorizada, de modo a resolver os problemas de baixa e média complexidade, sem o fornecimento de peça e preferencialmente dentro da própria instituição, visando uma redução direta no custo das manutenções e, principalmente, agilidade no retorno do equipamento ao setor de origem;
- Acompanhar e coordenar as ações para solução dos problemas de alta complexidade em equipamentos, quando não possíveis de reparo pela CONTRATADA; bem como, também, atuar da mesma forma quando os equipamentos tiverem manutenção exclusiva por rede autorizada, identificando, nesses casos, os procedimentos para uma solução ágil e econômica;
- Avaliar a consistência técnica e os custos das propostas oferecidas pelos prestadores de serviço para reparo dos equipamentos médicos, apresentando, pelo menos, três orçamentos, para aprovação da contratante;
- Realizar o gerenciamento dos custos com as manutenções principalmente as corretivas;
- Gestão de estoque de materiais e peças de reposição dos equipamentos médico hospitalares;
- Realização de inspeções periódicas nos equipamentos e/ou setores críticos das instituições, cumprindo a legislação vigente e registrando no sistema de gestão;
- Acompanhamento de serviços realizados por terceiros;
- Recebimento e acompanhamento de instalação de novos equipamentos;

- Desenvolvimento de programa de educação continuada para operação e segurança dos equipamentos junto a equipe assistencial (corpo clínico, enfermagem, fisioterapeutas, entre outros profissionais) e da própria Engenharia;
- Avaliação tecnológica e apresentação de novas tecnologias;
- Assessoria na avaliação da obsolescência dos equipamentos médico-hospitalares, emitindo parecer técnico baseado em inspeção técnico- operacional, histórico de falhas etc.
- Apoio na criação de plano de investimento e aperfeiçoamento de equipamentos
- Realizar atendimento dos chamados para corretivas da unidade em até 24hs, com devolutiva do prazo para reparo em até 48hs.

Deverá a empresa contratada oferecer os seguintes serviços junto às unidades objeto deste Edital, através de pessoal devidamente qualificado a execução das manutençõesnos equipamentos médicos hospitalares e gerenciamento informatizado:

- **Manutenção preventiva**: Elaboração de cronograma de manutenção; Execução das manutenções, Inventário de equipamento; Acompanhamento contrato de terceiros.

- **Manutenção corretiva**: Elaboração de uma rotina de manutenção corretiva; Controle de entrada de solicitação de serviço; Execução das manutenções; Acompanhamento contrato de terceiros;

- **Análises de Segurança Elétrica:** Execução da análise de segurança nos equipamentos médico-hospitalares; Evidência da Análise;

- **Calibração**: Execução da calibração nos equipamentos médico-hospitalares; Emissão de certificado;

- **Consultoria e assessoria para incorporação tecnológica da unidade:** Participarefetivamente do processo de aquisição de equipamentos a ser adquirido, custos futuros com manutenção, peças de reposição, acessórios e insumos, objetivo o melhor custo-benefício à instituição; Emitir parecer técnico quanto às propostas em processo de licitação; Especificação técnica;

- **Consultoria e assessoria para aquisição de peças de reposição:**

Participar da especificação técnica do material a ser adquirido, levando em consideração melhor custo-benefício;

- **Gerenciar o recebimento e instalação de equipamentos**:

  - ❖ Acompanhar a abertura da embalagem que deve ser realizo pela entidadeganhadora do processo, salvo em casos autorizados por escrito pela entidade;
  - ❖ Observar se o equipamento entregue condiz com o equipamento apresentadona proposta;
  - ❖ Observar se todos os manuais exigidos pelo edital acompanham o equipamento;
  - ❖ Observar possíveis danos causados ao equipamento durante o seu transporte;
  - ❖ Acompanhar pessoalmente todo o processo de instalação executado pelo fornecedor;
  - ❖ Avaliar/ aceitar o equipamento e registrar parecer;

A empresa a ser contratada deverá:

- ❖ Oferecer consultoria para processos de qualidade com foco em certificação e acreditação previstas no Edital.
- ❖ Disponibilizar uma equipe fixa de técnicos em eletrônica. O serviço contará também com uma equipe de apoio para atendimento às demandas de 01 Engenheiro Clínico e Biomédico; 01 Engenheiro em eletrônica; 01 supervisor técnico; 01 analistaadministrativo e 01 analista de Qualidade.
- ❖ Atender a plantão 24 (vinte e quatro) horas (inclusive finais de semana e feriados) para atendimento de emergência;
- ❖ Disponibilizar Recursos Técnicos de Analisadores/Simuladores e demais que sejam necessários ao desenvolvimento de suas atividades;
- ❖ Atender a todos os processos do setor de Qualidade, se comprometendo a

atingir as metas propostas pela empresa.

- ❖ Disponibilizar um software de abertura e controle das ordens de serviço, para mapeamento da demanda e medição de eficácia dos serviços prestados.

Planejamento da Atividade	1º MÊS		2º MÊS		3º MÊS	
	1ªQ	2Q	1Q	2Q	1Q	2Q
Estruturação da equipe de Engenharia Clinica						
Validação dos Procedimentos adotadospela empresa terceira						
Capacitação da equipe paranovos processos que forem necessários						
Implantação de novas rotinasde Engenharia clinica						
Revisão dos indicadores de monitoramento						
Monitoramento dosindicadores						

POP ENG CL 001 - ADMISSÃO DO PARQUE TECNOLÓGICO DO CLIENTE

1. OBJETIVO

Assegurar que todos os equipamentos médico-hospitalares estejam seguros para uso.

2. ABRANGÊNCIA

Este procedimento é aplicável a todos os equipamentos médico-hospitalares que integram o parque tecnológicodo cliente.

3. CONCEITOS E SIGLAS

SIG: Sistema Informatizado de Gestão
OS: Ordem de Serviço
EC: Engenharia Clínica

4. MATERIAIS

SIG
Formulários de cada processo
Equipamentos de teste (Multímetro e osciloscópio)
Analisador/ simulador padrão específico para cada equipamentoTermo-Higrômetro
Software Certificados

5. RESPONSÁVEIS PELA EXECUÇÃO E GERENCIAMENTO

CARGOS ENVOLVIDOS	SETOR ENVOLVIDO
Diretor	Direção
Gerência	Todos os setores
Supervisão	Operação
Técnico	Operação
Auxiliar Técnico	Operação

Estagiário Técnico	Operação
Auxiliar Administrativo	Operação
Estagiário Administrativo	Operação
Clientes externos	Todos os setores

6. DESCRIÇÃO DOS PASSOS DA ATIVIDADE

No início de um novo contrato, a empresa realiza uma verificação em todos os equipamentos com o objetivo de garantir que os equipamentos estão seguros para uso. Quando o equipamento é reprovado na verificação funcional ele é encaminhado para manutenção corretiva (se houver possibilidade de conserto), após conserto deve realizar uma nova verificação funcional, caso não haja conserto, informar ao responsável da unidade que o equipamento está impossibilitado para uso e conserto, neste caso, o equipamento não entrará na gestão do parque tecnológico.

Obs: 1) Em caso de reprovado, o mesmo não deve ser colocado em uso até estar em pleno funcionamento.

2) A verificação funcional é realizada APENAS no início de um contrato novo de Engenharia Clínica e deve serrealizada até 4º mês após o início das atividades.

No processo de admissão do parque tecnológico deve-se seguir o Anexo 02 - check-list de Admissão do parquetecnológico do cliente.

CABE À DIREÇÃO/ GERÊNCIA / SUPERVISÃO DA FISIO-TEC:

- Disponibilizar os pontos de calibração para execução da verificação funcional.

CABE AO AUXILIAR ADMINISTRATIVO DA FISIO-TEC

- Organizar o espaço, separar as peças e equipamentos.
- Identificar com etiqueta padrão os equipamentos parados.
- Cadastrar equipamentos no SIG conforme POP FST OPE 002 - Levantamento patrimonial.
- Abrir uma ordem de serviço de verificação funcional para cada equipamento no SIG.
- Imprimir o formulário Anexo 01 - Formulário de verificação funcional.
- Imprimir formulário de Análise Segurança elétrica conforme POP FST OPE 006 – Análise de segurançaelétrica.
- Imprimir o formulário de Calibração conforme POP FST OPE 005 – Calibração de

equipamentos médico hospitalares.

- Gerar o certificado de calibração conforme POP FST OPE 018 – Emissão de Certificado de Calibração.
- Juntar todos os formulários (verificação funcional e segurança elétrica) e certificado de calibração no mesmo grampo e arquivar em meio físico e no SIG todas as "Verificações Funcionais".
- Criar plano de manutenção preventiva conforme POP FST OPE 004 – Manutenção Preventiva.
- Lançar no relatório de medição (quando aplicável) horas gastas nas verificações funcionais.

Obs: Para checagem da infraestrutura do cliente, utilizar anexo 05 do PRS FST INF 001 – Infraestrutura para checagem dos itens acordados em contrato.

CABE AO TÉCNICO/ AUXILIAR TÉCNICO DA FISIO-TEC

- Organizar o espaço, separar as peças e equipamentos parados.
- Identificar com etiqueta padrão os equipamentos parados.
- Montar computador e impressora.
- Acessar rede internet unidade.
- Realizar inventário conforme POP FST OPE 002 – Levantamento Patrimonial.
- Identificar e etiquetar os equipamentos com a etiqueta (TAG) fornecida pela Fisio-tec, considerando modalidade contrato.
- Realizar verificação funcional conforme o Anexo 01 - Formulário de verificação funcional.
- Realizar Análise Segurança Elétrica, conforme POP FST OPE 006 – Análise de segurança elétrica.
- Realizar calibração conforme POP FST OPE 005 – Calibração de equipamentos médico hospitalares; OBS: Solicitar os pontos para à Direção/ Gerência / supervisão da Fisio-tec.
- Concluir sobre o aceite ou não do equipamento considerando as seguintes possibilidades:

Aprovado (Passou em todos os testes e está apto para uso)

Aprovado com restrição (Passou por todos os testes, porém algum acessório está com problemas). O equipamento aprovado com restrição só pode ser liberado se o problema apresentado não impactar o paciente/ usuário.

Reprovado (Não está apto para uso e não deve ser liberado)

- Caso o equipamento seja aprovado, o mesmo deve ser disponibilizado para o setor no prazo máximo de dois dias após ser recolhido para verificação funcional, considerando que a verificação não foi feita no próprio setor de origem.
- Caso o equipamento seja reprovado (não admitido no rol de MNT), proceder com abertura de uma ordem de serviço para manutenção corretiva, informar ao responsável da unidade que o equipamento está impossibilitado para uso, se o equipamento não tiver conserto, o mesmo não entrará na gestão do parque tecnológico, caso o tenha conserto, após correção deverá ser realizado uma nova verificação funcional (abrir uma nova ordem de serviço) e anexar documentação correspondente.
- Caso o equipamento seja aprovado com restrição (exemplos: equipamentos com bateria ruim funcionando apenas na rede elétrica; monitor sem todos os acessórios/sensores, camas com apenas um rodízio ruim), disponibilizar a informação no SIG na ordem de serviço de verificação funcional e no formulário de verificação funcional, no campo observação descrever a restrição, abrir uma Ordem de Serviço (filha) para manutenção de corretiva conforme POP FST OPE 007 – Manutenção Corretiva.
- Juntar todos os formulários (verificação funcional e segurança elétrica) e certificado de calibração no mesmo grampo.
- Encaminhar as evidências para auxiliar administrativo.
- Devolver equipamento ao setor no prazo máximo dois (02) dias corridos, considerando que a verificação não foi feita no próprio setor de origem.

Obs: 1) Para checagem da infraestrutura do cliente, utilizar anexo 05 do PRS FST INF 001 – Infraestrutura para checagem dos itens acordados em contrato.
2) Checar junto a Direção/ gerencia/ Auxiliar Administrativo o resumo do contrato conforme anexo 03 – Resumo do contrato.

CABE AO GERENTE DE ENFERMAGEM/ RESPONSÁVEL PELO CONTRATO/ DIREÇÃO DO CLIENTE/ RESPONSÁVEL PELO SETOR OU DESIGNADO:
- Validar o formulário de verificação funcional e suas respectivas evidências.
- Testar o equipamento na entrega do mesmo pela Fisio-Tec.

7. PONTOS CRÍTICOS / RISCOS

- Não realização da aceitação / verificação funcional de equipamento;
- Erro no registro da aceitação / verificação funcional de equipamento.

8. NORMAS E REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

CALIL, S. J. & TEIXEIRA, M. S., Saúde & Cidadania: Gerenciamento de Manutenção em Equipamentos Hospitalares – São Paulo: AGWM Artes Gráficas,1998. 127p.

Associação Brasileira de Normas Técnicas. NBR 15943: Diretrizes para um programa de gerenciamento de equipamentos de infraestrutura de serviços de saúde e de equipamentos para saúde. ABNT, 2011.

9. ANEXOS

Anexo 01 – Verificação funcional
Anexo 02 - Check-list de Admissão do parque tecnológico do cliente. Anexo 03 – Resumo do contrato

10. REGISTROS

Nome do registro	Local de arquivamento	Responsável pelo arquivamento	Tempo de retenção	Descarte
Verificação funcional	SIG e pasta localizada no armário do setor	Auxiliar Administrativo e/ ou Técnico	02 anos físico	Picote
Check-list de Admissão do parque tecnológico do cliente.	Pasta localizada no armário do setor	Auxiliar Administrativo e/ ou Técnico e/ou supervisor e/ou engenharia	02 anos físico	Picote

11. HISTÓRICO DAS ALTERAÇÕES

REVISÃO	Nº ITEM	NATUREZA DAS ALTERAÇÕES
00	Todos	Criação do Documento
01	05, 06 e 09	Troca de função, Melhoria de processo e Inclusão de formulário
02	06	Melhoria de processo

NOTAS
Este procedimento é dinâmico e está sujeito a alterações. Para seu aprimoramento, comentários e sugestões, as críticas devem ser encaminhadas para o SGQ.
As cópias deste documento são controladas pelo SGQ e cabe ao mesmo atualizar e emitir novas versões, sempre que houver uma atualização.

POP ENG CL 002 - LEVANTAMENTO PATRIMONIAL

01. OBJETIVO

Conferir os equipamentos existentes na unidade para a execução/gestão das manutenções.

2. ABRANGÊNCIA

Este procedimento é aplicável a todos os equipamentos médico-hospitalares que integram o parque tecnológico da instituição.

3. CONCEITOS E SIGLAS

SIG: Sistema Informatizado de Gestão
OS: Ordem de Serviço
EC: Engenharia Clínica

4. MATERIAIS

SIG; Formulários do processo

5. RESPONSÁVEIS PELA EXECUÇÃO E GERENCIAMENTO

CARGOS ENVOLVIDOS	SETOR ENVOLVIDO
Diretor	Direção
Gerência	Todos os setores
Supervisão	Operação
Técnico	Operação
Auxiliar Técnico	Operação
Estagiário Técnico	Operação
Auxiliar Administrativo	Operação
Estagiário Administrativo	Operação
Clientes externos	Todos os setores

6. DESCRIÇÃO DOS PASSOS DA ATIVIDADE

- Realizar o levantamento patrimonial a cada 12 meses e conferir no SIG, após arquivar levantamento. Caso tenha alguma incoerência, verificar no controle de movimentação a localização dos equipamentos com cadastro incoerente.
- O inventário ajuda na busca do equipamento para preventiva/ calibração/ segurança elétrica. Se o mesmo estiver com alguma incoerência ou não foi localizado no setor e nem possui movimentação, a Fisio-Tec deverá enviar um comunicado por email para o **responsável pelo contrato/ responsável setorial/ gerente de enfermagem/ direção/ responsável designado** relatando o ocorrido e solicitando um posicionamento, caso a incoerência ou falta de localização não seja solucionada, deve-se enviar uma RNC para o setor responsável pelo equipamento.

CABE À DIREÇÃO/ GERÊNCIA / SUPERVISÃO DA FISIO-TEC:

- Analisar as respostas das RNC's e comunicados gerados.
- Validar o Anexo 02 – Análise de inventário em até 30 dias após a compilação dos dados pelo auxiliar administrativo.
- Apresentar a análise de inventario validada ao gerente de enfermagem/ responsável pelo contrato/ direção do cliente/ responsável designado.
- Orientar a equipe as ações a serem realizadas conforme apresentação da análise para unidade

CABE AUXILIAR ADMINISTRATIVO DA FISIOTEC

- Filtrar do SIG todos os equipamentos ativos na unidade, exportar para o Excel e manter apenas as colunas: item, Tag, tipo de tecnologia, marca, modelo, nº série, nº patrimônio, nº registro da anvisa, localização, encontrado (sim ou não) e observação. Deve-se fazer setor por setor, para facilitar a busca. Após esse processo, colocar as informações mantidas no formulário padrão Anexo 01 - Levantamento Patrimonial
- Imprimir o formulário completo setor por setor para o levantamento patrimonial e entregar para o técnico auxiliartécnico que irá realizar o levantamento patrimonial.
- Receber o levantamento atualizado pelos técnicos/ auxiliar técnico e conferir no SIG se os mesmos estão com informações coerentes. Caso no levantamento atualizado esteja faltando algum equipamento quando comparado com o levantamento anterior ou com alguma incoerência, entrar em contato imediatamente com o setor (por e- mail ou comunicação interna) solicitando a disponibilização do equipamento (no prazo de até 07

dias), que não foi citado no novo levantamento, para checagem dos dados. Se o responsável do setor não souber o paradeiro do equipamento, enviar um comunicado por e-mail para o **responsável pelo contrato/ responsável setorial/ gerente de enfermagem/ direção/ responsável designado** relatando o ocorrido e solicitando um posicionamento, caso a incoerência ou falta de localização não seja solucionada, deve-se enviar uma RNC para o setor responsável pelo equipamento.

- Compilar os dados encontrado e colocar no formulário Anexo 02 – Análise de inventário no prazo de 30 dias após o a finalização do levantamento patrimonial.

Obs: Pontuar os equipamentos não encontrados, os movimentados e o custo de um equipamento similar dos não encontrados.

- Encaminhar para direção/ gerencia/ supervisão (após prazo de 07 dias de RNC) lista com equipamentos não encontrados e movimentados.
- Atualizar o SIG com o novo levantamento patrimonial (após orientação da direção/ gerencia/ supervisão da FST.
- Escanear e arquivar o "Levantamento Patrimonial" no one-drive.
- Arquivar em meio físico o "Levantamento Patrimonial";
- Tomar ações conforme orientação da gerência/ direção da FST.

Obs: Só receber o levantamento patrimonial da equipe se o mesmo estiver validado pelo setor responsável e pelo técnico da Fisio-Tec (responsável pelo levantamento patrimonial.

COMPETE AO AUXILIAR TÉCNICO/TÉCNICO DA FISIO-TEC

- Receber do auxiliar administrativo da Fisio-Tec o formulário Anexo 01 - Levantamento Patrimonial com as informações atualizadas do SIG.
- Conferir todos os itens da lista, considerando as informações, como: item, Tag, tipo de tecnologia, marca, modelo, nº série, nº patrimônio, nº registro da anvisa, localização, encontrado (sim ou não) e observação
- Caso não seja encontrados equipamentos que não estejam na lista, deve ser verificado a procedência do equipamento quanto a movimentação e aceitação.
- Fazer levantamento de todos os equipamentos do parque tecnológico;
- Registrar todos os dados no Anexo 01 - Levantamento Patrimonial e atentar-se para todos os itens descritos;
- Verificar junto aos enfermeiros/ chefes/ Coordenadores/ responsáveis designados a localização de todos os equipamentos pertinentes ao setor. Caso falte algum equipamento já levantado anteriormente, solicitar ao auxiliar administrativo que envie um comunicado por e-mail para o **responsável pelo contrato/ responsável setorial/ gerente de**

enfermagem/ direção/ responsável designado relatando o ocorrido e solicitando um posicionamento, caso a incoerência ou falta de localização não seja solucionada, deve-se enviar uma RNC para o setor responsável pelo equipamento.

- Assinar o formulário no local indicado após finalização do levantamento patrimonial;

- Validar as informações contidas no formulário junto ao responsável pelo setor. É importante mostrar ao responsável a observação contida no final do formulário:

AO REALIZAR A VALIDAÇÃO DO DOCUMENTO O RESPONSÁVEL DA ÁREA TOMA CIÊNCIA QUE SERÁ NOTIFICADO (EMAIL E RNC) PELOS EQUIPAMENTOS NÃO ENCONTRADOS E/ OU INCOERENCIAS NO INVENTÁRIO. CASO O DESAPARECIMENTO DO EQUIPAMENTO PERSISTA, O MESMO CONSTARÁ NO RELATÓRIO DE AVALIAÇÃO DE INVENTÁRIO QUE SERÁ ENVIADO PARA A DIREÇÃO DA UNIDADE.

Obs: 1) Equipamentos parados em manutenção (preventiva/ corretiva/ calibração/ segurança elétrica), também precisam ser conferidos no inventário.

2) Antes de ir ao setor na busca do equipamento, verificar se o equipamento está em manutenção interna ou externa.

COMPETE GERÊNCIA/ SUPERVISÃO/ ANALISTA DE QUALIDADE DA FISIO-TEC

- Fazer auditoria interna (PRQ FST SGQ 001) em cima do levantamento patrimonial ou in loco no setor assistencial.

CABE AO GERENTE DE ENFERMAGEM/ RESPONSÁVEL PELO CONTRATO/ DIREÇÃO DO CLIENTE/ RESPONSAVEL DESIGNADO:

- Acompanhar o técnico da Fisio-tec no levantamento do parque tecnológico.
- Verificar se as informações contidas no inventario condiz com os equipamentos pertencentes ao setor.
- Informar se o equipamento foi movimentado para outro setor.
- Validar o levantamento patrimonial.
- Analisar e traçar ações baseadas no Anexo 01 - Análise de inventário

Atenção: **AO REALIZAR A VALIDAÇÃO DO DOCUMENTO O RESPONSÁVEL DA ÁREA TOMA CIÊNCIA QUE SERÁ NOTIFICADO (EMAIL E RNC) PELOS EQUIPAMENTOS NÃO ENCONTRADOS E/ OU INCOERENCIAS NO INVENTÁRIO. CASO O DESAPARECIMENTO DO EQUIPAMENTO PERSISTA, O MESMO CONSTARÁ NO RELATÓRIO DE AVALIAÇÃO DE INVENTÁRIO QUE SERÁ ENVIADO PARA A DIREÇÃO DA UNIDADE.**

7. PONTOS CRÍTICOS / RISCOS

- Não realização de levantamento patrimonial conforme planejado;
- Não inclusão de equipamento no inventário da unidade;
- Falha na identificação do equipamento (TAG);
- Não localização do equipamento.

8. NORMAS E REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

CALIL, S. J. & TEIXEIRA, M. S., Saúde & Cidadania: Gerenciamento de Manutenção em Equipamentos Hospitalares – São Paulo: AGWM Artes Gráficas,1998. 127p.

Associação Brasileira de Normas Técnicas. NBR 15943: Diretrizes para um programa de gerenciamento de equipamentos de infraestrutura de serviços de saúde e de equipamentos para saúde. ABNT, 2011.

9. ANEXOS

Anexo 01 – Formulário de Levantamento patrimonial Anexo 02 – Análise de inventário.

10. REGISTROS

Nome do registro	Local de arquivamento	Responsável pelo arquivamento	Tempo de retenção	Descarte
Levantamento patrimonial	Pasta localizada no armário do setor	Assistente Administrativo, Auxiliar Administrativo e/ ou Técnico	02 anos físico	Picote
Análise de levantamento patrimonial	Pasta localizada no armário do setor	Assistente Administrativo, Auxiliar Administrativo e/ ou Técnico	02 anos físico	Picote

11. HISTÓRICO DAS ALTERAÇÕES

REVISÃO	Nº ITEM	NATUREZA DAS ALTERAÇÕES
00	Todos	Criação do Documento
01	05, 06, 09	Troca de função, Melhoria de processo e Melhoria formulário
02	06	Melhoria de processo (Inclusão dos prazos de entrega da análise do levantamento)
03	06	Melhoria de processo nas atividades de gerência/ administrativo e auxiliar administrativo.

NOTAS
Este procedimento é dinâmico e está sujeito a alterações. Para seu aprimoramento, comentários e sugestões, as críticas devem ser encaminhadas para o SGQ.
As cópias deste documento são controladas pelo SGQ e cabe ao mesmo atualizar e emitir novas versões, sempre que houver uma atualização.

POP ENG CL 003 - IDENTIFICAÇÃO E RASTREABILIDADE

1. OBJETIVO

Estabelecer procedimentos e mecanismos para identificação e rastreabilidade dos equipamentos assistidos pela Fisio-tec e os instrumentos utilizados para esta finalidade, permitindo o controle sobre os serviços realizados de MNT (Preventiva - Corretiva), análise segurança elétrica e calibração.

2. ABRANGÊNCIA

Todos os equipamentos devem ser identificados pelo nº de série.

Todos os equipamentos e instrumentos utilizados pela FST para atender aos requisitos dos clientes referentes (Preventiva - Corretiva), análise de segurança elétrica e calibração devem possuir placa de identificação (TAG).

3. CONCEITOS E SIGLAS

SIG: Sistema Informatizado de Gestão
OS: Ordem de Serviço **SS:** Solicitação de serviço **EC:** Engenharia Clínica
Equipamentos padrões: Analisadores/ simuladores

4. MATERIAIS

Etiquetas autocolantes, software específico de gestão, software de elaboração de laudos, Papel A4 (quando for o caso).

5. RESPONSÁVEIS PELA EXECUÇÃO E GERENCIAMENTO

CARGOS ENVOLVIDOS	SETOR ENVOLVIDO
Diretor	Direção
Gerência	Todos os setores
Supervisão	Operação
Técnico	Operação
Auxiliar Técnico	Operação
Estagiário Técnico	Operação
Auxiliar Administrativo	Operação
Estagiário Administrativo	Operação
Clientes	Todos os clientes

6. DESCRIÇÃO DOS PASSOS DA ATIVIDADE

6.1 EQUIPAMENTOS DOS CLIENTES

- São todos os equipamentos existentes no parque tecnológico do Cliente ou adquiridos pelo Cliente, estes devem ser conferidos no momento do recebimento (início de contrato ou em aquisições futuras), os mesmos devem ser conferidos e posteriormente cadastrados no software de gestão, considerando as seguintes informações:

- Tipo de Tecnologia
- Categoria
- Solicitante
- Localização
- Marca do equipamento
- Modelo
- No de série: Localizado no equipamento
- Patrimônio (Cliente),
- TAG
- Nº Registro na Anvisa
- Todos os equipamentos sob a gestão da Fisio-tec recebem uma etiqueta com as iniciais do hospital (máximo 04 dígitos) e números sequenciais (máximo 04 casas). Caso não seja autorizado o uso da TAG da FST pelo cliente, utilizar número de série para rastreabilidade ou etiqueta de número de patrimônio do cliente.

6.1.1 **VALIDADE DA CALIBRAÇÃO DOS EQUIPAMENTOS CLIENTES**

- A validade é determinada conforme cada contrato e sugestão plano assinado junto ao cliente.

Obs: Não deve ultrapassar o prazo de 365 dias, salvos em casos específicos conforme recomendação dofabricante.

6.2 ANALISADORES E SIMULADORES

- São todos os equipamentos e dispositivos de medição e monitoramento adquiridos pela FST, estes sãoutilizados durante a prestação dos serviços realizados pela FST.
- Todos os equipamentos, inclusive os padrões devem possuir identificação, nesta identificação deve constar amarca "FISIO-TEC" e o número sequencial para diferenciar os equipamentos.
- Utilizar etiqueta para patrimoniar conforme modelo padrão apresentado abaixo:

6.2.1 **VALIDADE DA CALIBRAÇÃO DOS ANALISADORES**

- A validade é determinada no formulário de sugestão de plano conforme cada tipo de equipamento, após a calibração do padrão o certificado é validado e nele determina a validade da calibração.
- O Controle do vencimento das calibrações está disponível no software de gestão dentro de cada equipamentos.

6.3 RASTREABILIDADE

- A rastreabilidade consiste na possibilidade de identificar os equipamentos, bem como os serviços realizados sobre os mesmos com a finalidade de garantir a busca de dados e informações sobre os serviços realizados e a eficácia dos equipamentos.

6.3.1 **RASTREABILIDADE SOBRE EQUIPAMENTO DE CLIENTE**

-Os serviços realizados pela FST de MNT (preventiva e corretiva), análise segurança elétrica e calibração são identificados através de:

- Evidência da realização de manutenção preventiva e corretiva, calibração e análise de segurança elétrica permanecem no SIG. A partir da abertura da "ss" de manutenção preventiva a mesma é contemplada de um check-list do serviço realizado e junto a ss é anexado o certificado de calibração, bem como a análise de segurança elétrica. Ambos ficam disponíveis apenas em meio digital (dentro da SS de cada equipamento).

Para clientes que não possuem acesso ao software de gestão, o mesmo é enviado via e-mail e também permanecem impressos dentro das pastas com respectivas assinaturas dos clientes.

- Inserção de etiqueta autocolante, conforme modelo apresentado abaixo:

- Colocar etiqueta apenas se for solicitado/autorizado pelo cliente, conforme anexo 01 – Autorização de uso de etiqueta.
Obs: O Uso da etiqueta colada nos equipamentos não isenta a existência dos laudos.

- Colar a Etiqueta na lateral direta no meio do equipamento, desde que não atrapalhe as informações do equipamento.

6.3.1 RASTREABILIDADE SOBRE EQUIPAMENTO PADRÔES

- Os equipamentos da FST são cadastrados no software de geração de certificados e SIG.

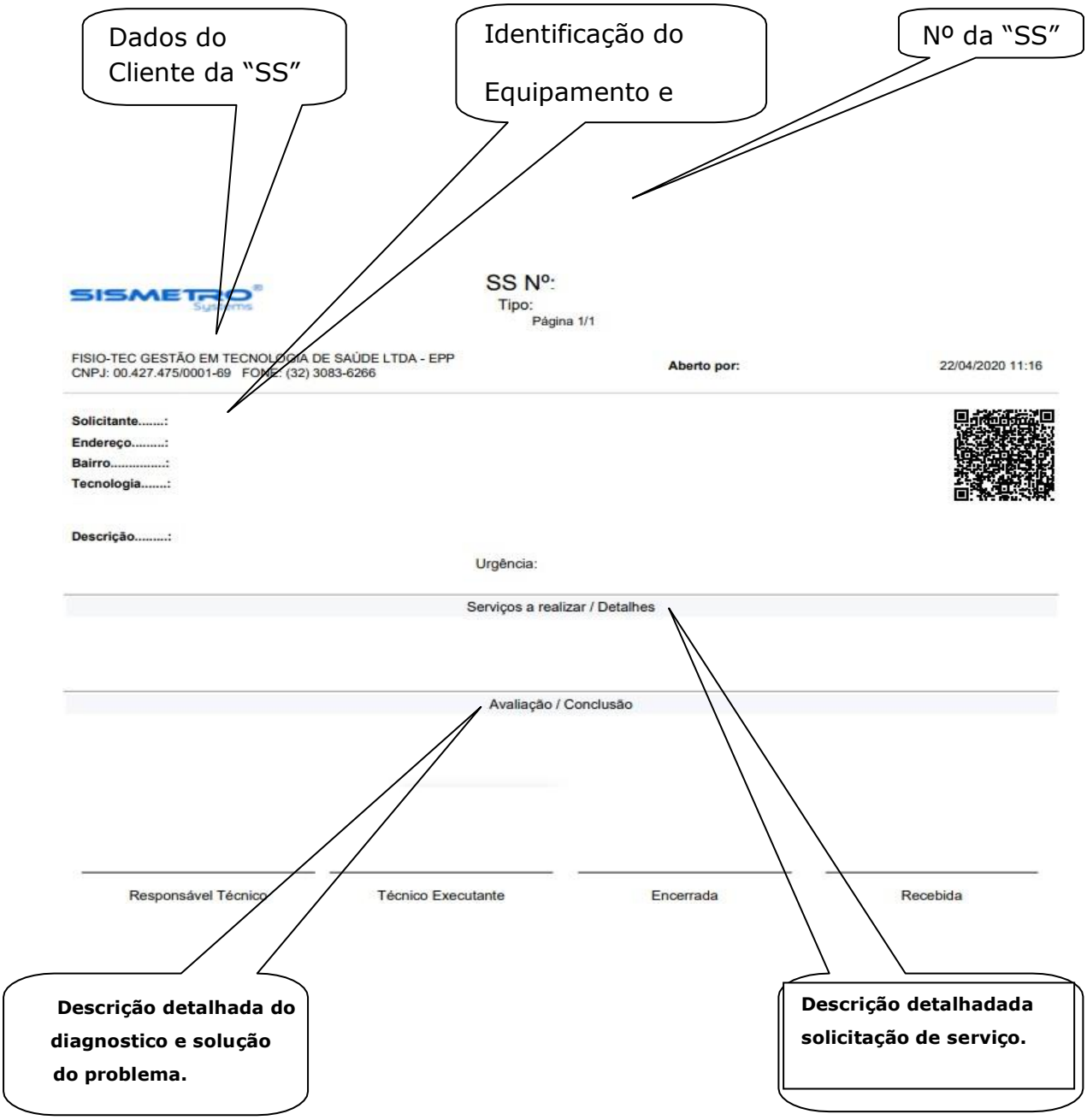
- OS certificados ficam disponíveis no one drive junto com suas respectivas rastreabilidades, também estão disponíveis no SIG.

6.4 LAUDOS

- O conjunto denominado de laudo é composto pelos documentos citados abaixo, os quais devem possuir os seguintes marcadores:

6.4.1 **"SS" - SOLICITAÇÃO DE SERVIÇO:**

- Identificada por um número sequencial ordinário crescente, sendo quem nesta deve constar também o setor do Centro de Custo e os dados dos equipamentos, conforme mostra abaixo:

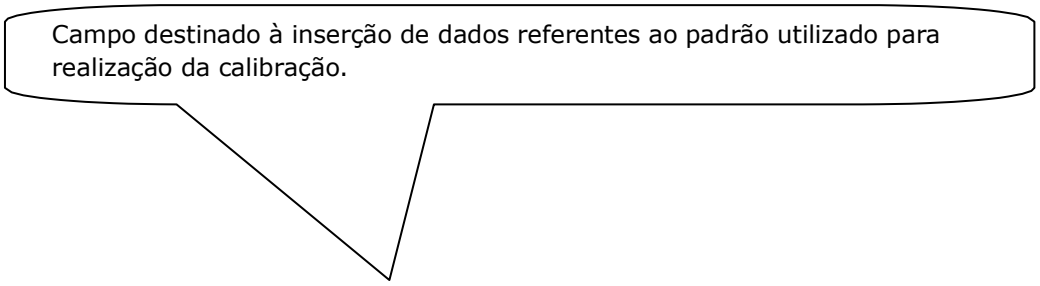


- A "SS" também contempla os dados e informações apresentados abaixo com a finalidade de permitir omonitoramento sobre as ações operacionais de MNT:
- Número da SS
- Aberto por quem
- Data e hora da solicitação

- Solicitante,
- Tipo de MNT,
- Tecnologia
- Serviço a realizar/ Detalhes
- Avaliação / Conclusão – Aqui o técnico descreve o diagnostico e a ação tomada para solucionar o problema do equipamento.
- Responsável técnico
- Técnico executante

6.4.2 **ANÁLISE SEGURANÇA ELÉTRICA**

- É Realizada com a utilização do formulário para registros de análise de segurança elétrica conforme Anexo 01 do POP FST TEC 006 - Segurança elétrica, que tem como objetivo registrar os parâmetros referentes aos testes realizados, bem como os status obtidos.
- Neste formulário deve conter também os dados de identificação do padrão utilizado, conforme figura abaixo:



Padrão utilizado na calibração	
Marca:	Modelo:
Nº Série:	Vencimento:

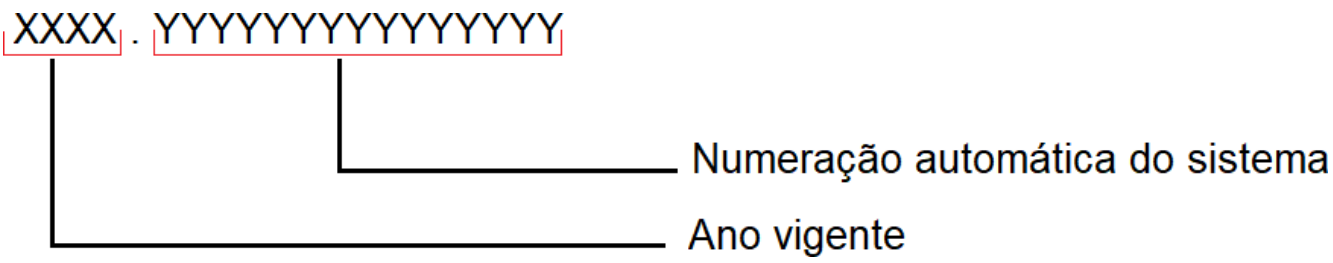
TÉCNICO EXECUTANTE	
Nome:	Assinatura e carimbo técnico

- Cabe ressaltar que todos os certificados originais de calibração referentes aos padrões utilizados estão sob a guarda da Gerência na Matriz da FST em Juiz de Fora - MG.

- A gerência mantém atualizado todos os certificados e durante os ciclos de auditorias nos clientes estes são disponibilizados para as unidades que estão em processo de auditorias em meio físico. Também ficam disponíveis em meio digital no SIG e one drive.

6.4.3 **CERTIFICADO DE CALIBRAÇÃO**

- O Certificado é produzido mediante a inserção de dados no SI - Sistema Informatizado denominado "Arkmeds", estes são identificados utilizando uma sequência numérica como mostra abaixo:



Obs: Todas as unidades estão providas com o sistema "Arkmeds", que permite a emissão dos certificados deforma direta apara o Cliente.

Faz parte dos certificados de calibração os itens:

- Dados do Contratante,
- Instrumento/Equipamento calibrado,
- Condições Ambientais - (Temperatura Umidade),
- Padrões utilizados no processo de calibração:
- São simuladores de aplicação específica, os quais são identificados pelo nº de série e modelo, além de possuir:
    - ☐ Nº do certificado,
    - ☐ Validade,
    - ☐ Órgão calibrador.
- Procedimento de calibração,
- Informações complementares,
- Resultados.
- Campo definindo o status (Aprovado e Não aprovado).

Obs: Para clientes avulsos a validade não é informada, apenas se solicitado.

6.5 PRESERVAÇÃO DOS DADOS E INFORMAÇÕES

- Todos os dados do SIG e SI ficam armazenados em um servidor contrato pela fornecedores do software.

6.6 CUIDADOS COM O PARQUE TECNOLOGICO DO CLIENTE

- Retirar os equipamentos dos locais designados apenas para execução da manutenção preventiva, manutenção corretiva, calibração e segurança elétrica.
- Utilizar rodízios e alças disponíveis no equipamento para deslocamento;
- Retirar após desinfecção dos equipamentos conforme NR32;
- Disponibilizar os critérios de uso seguro para o cliente e utilizá-los sempre que for manusear;
- Utilizar elevadores sempre que possível;
- Devolver contendo os acessórios conforme disponibilizado;
- Disponibilizar equipamentos apenas em pleno funcionamento;
- Entregar equipamento limpo;
- Colocar na ordem de serviço quando enviado para manutenção externa;
- Fazer aceitação conforme PRS FST OPE 009 – Aceitação equipamento, no retorno da manutenção externa;

6.7 COLOCAÇÃO ETIQUETA (MANUTENÇÃO PREVENTIVA E CALIBRAÇÃO)

A etiqueta de manutenção preventiva e calibração só devem ser colocados conforme acordado com a unidade, conforme anexo 01- Autorização utilização etiqueta de manutenção.

- Preencher a etiqueta com as iniciais do técnico responsável, a data da realização e a data com a próxima Preventiva (considerar o último dia do mês).
- Fixar etiqueta na lateral direita centralizada ou na frente do equipamento, não colocar atrás pois dificulta a visualização dos usuários ou colocar conforme a política de cada Instituição.

7. PONTOS CRÍTICOS / RISCOS

- Não realização do cadastro e informações necessária para rastreabilidade

8. NORMAS E REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Associação Brasileira de Normas Técnicas. NBR ISO 10012: Sistemas de gestão de medição - Requisitos para os processos de medição e equipamentos de medição. ABNT, 2004.

Associação Brasileira de Normas Técnicas. NBR ISO/IEC 17025: Requisitos gerais para a competência de laboratórios de ensaio e calibração. ABNT, 2005.

Vocabulário Internacional de Metrologia: Conceitos fundamentais e gerais e termos associados (VIM 2012). Duque de Caxias, RJ: INMETRO, 2012.

Associação Brasileira de Normas Técnicas. NBR IEC 60601-1-1: Esta Norma se aplica a segurança de sistemas eletromédicos. Descreve as prescrições de segurança relativas aos sistemas eletromédicos no intuito de possibilitar a proteção do paciente, do operador e do ambiente. ABNT, 2004.

9. ANEXOS

Anexo 01 - Autorização etiqueta de manutenção.

10. REGISTROS

Nome do registro	Local de arquivamento	Responsável pelo arquivamento	Tempo de retenção	Descarte
Formulário Autorização de uso de etiqueta de manutenção	Pasta localizada no armário do setor da Engenharia Clínica	Assistente e Auxiliar Administrativo e/ou Auxiliar Técnico	02 anos físico	Picote

11. HISTÓRICO DAS ALTERAÇÕES

REVISÃO	Nº ITEM	NATUREZA DAS ALTERAÇÕES
00	Todos	Criação do Documento
01	05, 06 e 09	Troca de função, Melhoria de processo e Inclusão de formulário
02	06	Melhoria de processo

NOTAS
Este procedimento é dinâmico e está sujeito a alterações. Para seu aprimoramento, comentários e sugestões, as críticas devem ser encaminhadas para o SGQ.
As cópias deste documento são controladas pelo SGQ e cabe ao mesmo atualizar e emitir novas versões, sempre que houver uma atualização.

POP ENG 004 - MANUTENÇÃO PREVENTIVA

1. OBJETIVO

Apresentar o processo de manutenção preventiva, que é a manutenção efetuada em intervalos pré- determinados, ou de acordo com critérios prescritos, destinada a reduzir a probabilidade de falha ou a degradação do funcionamento de um equipamento, mantendo o uso seguro do mesmo no paciente e usuário, conforme padrão do fabricante.
São executadas e gerenciadas manutenções preventivas de:

PARQUE TECNOLOGICO	**TERCEIROS**	**PARCEIROS**	**MÉDICOS**
Equipamentos da unidade - Bens Patrimoniais (Próprio e/u Doado)	Comodatos Locados estação de Serviço Avulso restação de Serviço Contrato Emprestado	São empresas que trabalham dentro da unidade e possuem equipamento médico assistencial	São equipamentos médico assistencial de médicos prestadores de serviço nas unidades
Gerencia por: Software de Gestão Integrado	**Gerencia por**: Software de Gestão Integrado	**renciado por:** Planilha no One Drive	**Gerencia por**: Software de Gestão Integrado

2. ABRANGÊNCIA

Este procedimento deverá ser aplicado em todos os clientes da Fisio-tec conforme descrição contratual.

3. CONCEITOS E SIGLAS

SIG: Sistema Informatizado de Gestão

OS: Ordem de Serviço

SS: Solicitação de Serviço

EC: Engenharia Clínica

In loco: No próprio local

One Drive: serviço de armazenamento em nuvem da Microsoft utilizado pela Fisio-Tec

4. MATERIAIS

Equipamentos de teste (Ex: multímetro, osciloscópio, entre outros);
Ferramentas diversas (Ex: chave *phillips*, chave fendas, chave *allen* , alicates, entre outros);Limpa contato;
DesengripanteÁlcool;
SIG;
Sabão neutro;
Pano de compressa.

5. RESPONSÁVEIS PELA EXECUÇÃO E GERENCIAMENTO

CARGOS ENVOLVIDOS	SETOR ENVOLVIDO
Diretor	Direção
Gerência	Todos os setores
Supervisão	Operação
Técnico	Operação
Auxiliar Técnico	Operação
Estagiário Técnico	Operação
Auxiliar Administrativo	Operação
Estagiário Administrativo	Operação
Clientes	Todos os clientes

6. DESCRIÇÃO DOS PASSOS DA ATIVIDADE

As preventivas são geradas pelo SIG sendo disponibilizadas para todos os envolvidos, sejam

eles colaboradoresda Fisio-tec e/ou clientes.

Em caso onde o equipamento está em processo de manutenção corretiva, a manutenção preventiva deveráserrealizada imediatamente após o término do reparo.

O equipamento conectado em paciente com alta complexidade onde há riscos na substituição só deverá serdisponibilizado na troca de paciente.

O plano de manutenção preventiva possui as seguintes tolerâncias:

>31 dias = 30 dias de tolerância

< 31 dias = 5 dias de tolerância

Obs: As ordens de serviços de manutenção preventiva são geradas até o 2º dia útil do mês.

O período para realização das preventivas podem ter tolerância superior a 30 dias desde que alinhadocom o cliente.

- O Cronograma de Manutenção Preventiva encontra-se disponível no SIG, para acesso de todos os usuários. Exemplo:



2019 | TODAS AS CATEGORIAS | Busca por TAG | Busca por Nº de Série | TIPO DE PATRIMÔNIO

MONTE SINAI | LOCALIZAÇÃO | FILTRAR

SISMETRO Systems

CRONOGRAMA DE PLANOS 2019

"Previsão futura" para planos!

Total de itens: 798

Impresso: 24/09/2019 09:47

Fisiotec

■ Próxima execução ■ Previsão futura

PATRIMÔNIO	TAG	Nº Série	Nº Patrimônio	Dias	JAN 2019	FEV 2019	MAR 2019	ABR 2019	MAI 2019	JUN 2019	JUL 2019	AGO 2019	SET 2019	OUT 2019	NOV 2019	DEZ 2019	JAN 2020	FEV 2020	MAR 2020	ABR 2020
ANALISADOR AUTOMATICO DE BIOQUIMICA LABMAX 240 PREMIUM 1▸ MANUTENCAO PREVENTIVA ANALISADOR DE BIOQUIMICA - SEMESTRAL Executado: 28/06/2019		2606200911		1▸ 183												1▸ 07/12				
ANALISADOR AUTOMATICO DE BIOQUIMICA ROCHE COBAS MIRA PLUS 1▸ MANUTENCAO PREVENTIVA ANALISADOR BIOQUIMICA - BIMESTRAL Executado: 20/08/2019	01-11-059	348454		1▸ 62										1▸ 21/10		1▸ 22/12		1▸ 22/02		1▸ 24/04
ANALISADOR DE ELETROLITOS AVL 9180 1▸ MANUTENCAO PREVENTIVA ANALISADOR ELETROLITOS - BIMESTRAL Executado: 30/08/2019	01-11-061	U184145		1▸ 62										1▸ 13/10		1▸ 14/12		1▸ 14/02		1▸ 16/04
ANGIOGRAFO GE GE INNOVA 3100 1▸ MANUTENCAO PREVENTIVA ANGIOGRAFIA - SEMESTRAL Executado: 30/04/2019	01-10-021	ID:2703876		1▸ 183										1▸ 02/10						1▸ 02/04
APARELHO DE LASER ALCON LENS X 1▸ MANUTENCAO PREVENTIVA LASER - ANUAL Executado: 26/02/2019	01-04-036	0414-A728		1▸ 365											1▸ 01/11					
ASPIRADOR CIRURGICO SD STANDARD 1▸ MANUTENCAO PREVENTIVA ASPIRADOR CIRURGICO - ANUAL	01-27-008	46403		1▸ 365												1▸ 01/12				

6.1 EQUIPAMENTOS DA UNIDADE

CABE À DIREÇÃO/ GERÊNCIA / SUPERVISÃO DA FISIO-TEC:

- Criar Anexo 01 - Sugestão de Plano de Manutenção Preventiva, levando em consideração a família de tecnologias, a logística da estrutura necessária para a realização do serviço, a proporcionalidade de equipamentos e a periodicidade recomendada pelo fabricante/ legislação.
- Validar O Anexo 01 - Sugestão de Plano de Manutenção Preventiva junto ao Gerente de Enfermagem e/ouresponsável pelo contrato e/ou demais responsáveis.
- Tomar ação caso seja identificado que os prazos/ tolerâncias não estão cumpridos.

CABE AO AUXILIAR ADMINISTRATIVO e/ou SUPERVISOR TÉCNICO DA FISIO-TEC:

- Avaliar a existência de um cronograma de manutenções preventivas na unidade, caso não possua ou possua com deficiência, solicitar a direção/ coordenação/ gerência Anexo 01 - Sugestão de Plano de Manutenção Preventiva validada pelo (a) Gerente de Enfermagem e/ou responsável pelo contrato.
- Lançar no SIG em cada equipamento o cronograma de manutenção preventiva conforme Anexo 01- Sugestão de Plano de Manutenção Preventiva aprovado.

Obs.: Uma vez implantado, não será permitido alteração sem autorização da direção/ gerência.

- Caso o cronograma de manutenção preventiva esteja de acordo, acompanhar e conferir as evidências de realização da manutenção diariamente no SIG.
- Alertar aos técnicos / terceiros/ parceiros/ Médicos sobre as datas e prazos de tolerâncias. Caso seja identificado que os prazos não estão sendo cumpridos, comunicar formalmente com antecedência a direção/ engenharia.
- No 2º dia útil de cada mês, verificar as ordens de serviços geradas pelo SIG junto aos técnicos da Fisio-tec.
- Checar quem irá realizar cada manutenção preventiva e solicitar evidências no decorrer do mês para os responsáveis, que são: técnicos da Fisio-tec, terceiros, parceiros ou Médicos.
- Em caso de clientes da Fisio-tec que não possuem equipe alocada na unidade, formalizar contato via e-mail informando a data prevista da visita na unidade e aguardar liberação do cliente.
- Gerar não conformidade/ notificação nos seguintes casos: se a unidade (cliente) não disponibilizar o equipamento sem uma justificativa plausível; se houver resistência para disponibilizar do equipamento; se a unidade (cliente) não souber onde está o equipamento (equipamento não encontrado).

- Após não conformidade/ notificação do equipamento não encontrado, se ainda continuar desaparecido, comunicar formalmente a situação ao Gerente de Enfermagem/ Responsável pelo contrato/ Direção da unidade para que seja tomada uma ação efetiva.
- Se o equipamento estiver conectado em paciente grave, comunicar formalmente ao Responsável pelo setor/ Gerente de Enfermagem/ Responsável pelo contrato que o mesmo precisa de manutenção urgente, pois pode oferecer risco ao paciente pelo fato de estar com a manutenção pra vencer.
- Realizar compra do material necessário para execução da manutenção preventiva de forma antecipada e registrar na planilha controle de compras da unidade (cliente) conforme POP FST OPE 014 – Aquisição ou conforme acordado com

CABE AO TÉCNICO/ AUXILIAR TÉCNICO DA FISIO-TEC:

- No 2º dia útil de cada mês, verificar junto ao auxiliar administrativo e/ou supervisor técnico da Fisio-tec quais serão os responsáveis pela execução das manutenções preventivas planejadas, podendo ser de responsabilidade dos próprios técnicos da Fisio-tec, terceiros, parceiros ou Médicos.
- Realizar a busca ativa dos equipamentos na unidade (cliente) e priorizar a execução da manutenção nos equipamentos de menor tolerância. Em caso de clientes que não possuem equipe alocada na unidade, alinhar junto ao auxiliar administrativo e/ou supervisor técnico a confirmação da data de visita para execução das manutenções preventivas.
- Realizar a movimentação interna do equipamento para o setor de EC tomando os devidos cuidados conforme POP FST OPE 003 – Identificação e Rastreabilidade. **RECOLHER SOMENTE SE O EQUIPAMENTO ESTIVER PASSADO PELO PROCESSO DE DESINFECÇÃO E/OU DESCONECTADO DO PACIENTE, CASO CONTRÁRIO, INFORMAR AO COORDENADOR/ RESPONSAVEL DO SETOR QUE O MESMO SÓ SERÁ RETIRADO PARA MANUTENÇÃOAPÓS PROCESSO DE DESINFCÇÃO, DESCREVER NA SS:**

"Em virtude do item não estar descontaminado e/ou desconectado do paciente, o mesmo não sofrerá intervenção. O setor de Engenharia Clínica irá aguardar a execução das atividades citadas para retornar ao setor. Responsável do setor comunicado".

- Se o equipamento estiver conectado em paciente grave, comunicar formalmente ao Gerente de Enfermagem/ Responsável pelo setor que o mesmo precisa de manutenção urgente, pois pode oferecer risco ao paciente pelo fato de estar com a manutenção pra vencer.

- Em posse do equipamento, separar as ferramentas necessárias para a realização da manutenção preventiva.
- Realizar a manutenção preventiva de acordo com o Checklist disponível na ordem de serviço do SIG.

Obs: Verificar se no plano de preventiva contempla a análise segurança elétrica e calibração, e realizar conforme POP FST OPE 006 – Análise de Segurança Elétrica e POP FST OPE 005 – Calibração de equipamentos médico-hospitalares.

ATENÇÃO: Se um dos itens do check'lists da manutenção preventiva não for atendido, deverá ser reprovado e o sistema abrirá automaticamente uma SS inconformidade do Check-List, então se o item não trouxer nenhum impacto para o funcionamento com segurança, a SS de Manutenção Preventiva será concluída. Porém, se este item do check-List reprovado impactar na funcionalidade e segurança do equipamento, então a SS de Manutenção Preventiva deverá ficar aberta até a finalização da manutenção corretiva (item do checklist reprovado) (e). Após finalização da corretiva, a preventiva deverá ser realizada/finalizada e o equipamento será liberado para uso.

Exemplos de itens que permitem a liberação do equipamento: Acessórios, rodízio travado, lâmpada queimada em foco que possui mais de uma cúpula.

Exemplos de itens que NÃO permitem a liberação do equipamento: Falha/Erro na Análise de Segurança Elétrica, Falha/Erro na Calibração ou Falha/Erro em itens que possam impactar a segurança do paciente.

- Fechar a OS no SIG, logo após execução da manutenção.
- Devolver o equipamento ao setor de destino.
- Caso seja solicitado/ autorizado pela instituição, preencher e anexar etiqueta conforme Anexo 02 – Etiqueta de Preventiva / Calibração, com as iniciais do técnico responsável, a data da realização e a data com a próxima Preventiva (considerar o último dia do mês). Fixar etiqueta de Manutenção na lateral direita centralizada conforme PRS FST OPE 003 – Identificação e Rastreabilidade (**OU** de acordo com a política de cada Instituição).

OBS.: Em unidade (clientes) que possuem ordem de serviço própria ou que exige ordem de serviço física, preencher a ordem de serviço, coletar assinatura do setor (para comprovação da execução), escanear e anexar na ordem de serviço do SIG.

CABE AO RESPONSÁVEL PELO SETOR/ CLIENTE:

- Acompanhar diariamente o cronograma de manutenção preventiva / calibração via SIG.
- Disponibilizar os equipamentos para manutenção preventiva / calibração conforme cronograma ou de forma antecipada quando acordado com o setor de Engenharia Clínica;

Disponibilizar o equipamento apenas se o mesmo estiver passado pelo processo de desinfecção conforme NR 32 e desconectado do paciente.

- Testar o equipamento na devolução (após manutenção).
- Validar/ Aceitar a manutenção através da ordem de serviço no SIG. (Apenas em clientes que possuem acesso)
- Verificar se os equipamentos possuem etiqueta de manutenção preventiva/ calibração caso seja exigência da unidade. Se estiver sem etiqueta, acionar a Engenharia Clínica para que verifique a última manutenção realizada (se acordado).
- Autorizar a data da visita (clientes que não possuem equipe locada na unidade).

CABE AO GERENTE DE ENFERMAGEM/ RESPONSÁVEL PELO CONTRATO/ DIREÇÃO DO CLIENTE:

- Validar Anexo 01 - Sugestão de Plano de Manutenção Preventiva junto a direção/ coordenação/ engenharia da Fisio-Tec
- Tomar ação junto a Fisio-Tec caso o equipamento não seja encontrado.
- Orientar aos responsáveis setoriais quanto a importância da manutenção preventiva.

6.2 EQUIPAMENTOS TERCEIROS

CABE AO AUXILIAR ADMINISTRATIVO E/OU SUPERVISOR TÉCNICO DA FISIO-TEC:

- Realizar cadastro do equipamento no SIG assim que o equipamento chegar na unidade e abrir ordem de serviço para aceitação do equipamento conforme POP FST OPE 009 – Aceitação de equipamentos, após anexar documentação na SS de Aceitação e criar o cronograma de manutenção preventiva.
- Solicitar junto ao terceiro as documentações mais recentes do equipamento (Evidência da última preventiva, certificados de Calibração, Segurança Elétrica, etc.)
- Cadastrar cronograma de manutenção preventiva levando em consideração as últimas evidências, se possível inserir dentro da família conforme Anexo 01 - Sugestão de Plano de Manutenção Preventiva.
- Agendar com o terceiro e com o responsável do setor o dia da visita para realização da manutenção preventiva.
- Acompanhar se o técnico anexou as evidências enviadas pelo terceiro na ordem de serviço gerada pela SIG. Checar se foi validado pela Fisio-Tec e cliente, caso não tenha

sido solicitar a coordenação/ gerência da Fisio- Tec para que exclua as evidências. Solicitar ao técnico para que seja inserido apenas as evidências validadas.

CABE AO TÉCNICO DA FISIO-TEC:

- Realizar aceitação do equipamento conforme POP FST OPE 009 – Aceitação de equipamentos para que o auxiliar administrativo cadastre o plano de manutenção preventiva.

- Acompanhar o terceiro para realização da manutenção preventiva in-loco, caso seja necessário realizar a movimentação interna do equipamento para o setor de EC tomando os devidos cuidados conforme POP FST OPE 003 – Identificação e Rastreabilidade, **RECOLHER SOMENTE SE O EQUIPAMENTO ESTIVER PASSADO PELO PROCESSO DE DESINFECÇÃO E/OU DESCONECTADO DO PACIENTE, CASO CONTRÁRIO, INFORMAR AO COORDENADOR/ RESPONSAVEL DO SETOR QUE O MESMO APÓS PROCESSO DE DESINFCÇÃO, DESCREVER NA SS:**

"Em virtude de o item não estar descontaminado e/ou desconectado do paciente, o mesmo não sofrerá intervenção. O setor de Engenharia Clínica irá aguardar a execução das atividades citadas para retornar ao setor. Chefia do setor comunicado".

- Se o equipamento estiver conectado em paciente grave, comunicar formalmente ao Gerente de Enfermagem/ Responsável pelo contrato que o mesmo precisa de manutenção urgente, pois pode oferecer risco ao paciente pelo fato de estar com a manutenção vencendo.
- Testar se o equipamento está em perfeita condição e uso.

- Fechar a OS no SIG, logo após execução da manutenção.
- Validar e arquivar no SIGa evidência da manutenção preventiva do equipamento executada pelo terceiro.
- Devolver o equipamento ao setor de destino.
- Caso seja solicitado/ autorizado pela instituição, preencher e anexar etiqueta conforme Anexo 02 – Etiqueta de Preventiva / Calibração, com as iniciais do técnico responsável, a data da realização e a data com a próxima Preventiva (considerar o último dia do mês). Fixar etiqueta de Manutenção na lateral direita centralizada conforme POP FST OPE 003 – Identificação e Rastreabilidade (**OU** de acordo com a política de cada Instituição).

OBS.: Em unidade (clientes) que possuem ordem de serviço própria ou que exige ordem de serviço física, anexar a ordem de serviço do terceiro, preencher a ordem de serviço da unidade (cliente), coletar assinatura do setor (para comprovação da execução), escanear e anexar na ordem de serviço do SIG.

CABE AO RESPONSÁVEL PELO SETOR/ CLIENTE:

- Acompanhar diariamente o cronograma de manutenção preventiva / calibração via SIG.
- Alinhar junto ao auxiliar administrativo da Fisio-Tec a melhor data para visita do terceiro.
- Disponibilizar os equipamentos para manutenção preventiva / calibração conforme cronograma ou de forma antecipada quando acordado com o setor de Engenharia Clínica;

Disponibilizar o equipamento apenas se o mesmo estiver passado pelo processo de desinfecção conforme NR 32 e desconectado do paciente.

- Testar o equipamento na devolução (após manutenção).
- Validar/ Aceitar a manutenção através da ordem de serviço no SIG. (Apenas em clientes que possuem acesso)
- Verificar se os equipamentos possuem etiqueta de manutenção preventiva/ calibração caso seja exigência da unidade. Se estiver sem etiqueta, acionar a Engenharia Clínica para que verifique a última manutenção realizada.
- Realizar aceitação do serviço via SIG.

6.3 EQUIPAMENTOS DE PARCEIROS E MÉDICOS

CABE AO AUXILIAR ADMINISTRATIVO e/ou SUPERVISOR TÉCNICO DA FISIO-TEC:

- Solicitar (anualmente ou assim que entrarem na unidade) aos parceiros presentes dentro da unidade (cliente) o cronograma de manutenção preventiva/ calibração/ segurança elétrica todos os equipamentos fixos e rotativos disponíveis na unidade.
- Lançar o cronograma no Anexo 03 - Controle Equipamentos de Médicos e Parceiros disponível no ONE DRIVE.
- Recolher mensalmente as evidências das manutenções preventivas / calibrações / segurança elétrica dos parceiros dentro da unidade de saúde conforme cronograma de manutenção preventiva/ calibração disponibilizado pelo mesmo. Caso haja recusa na disponibilização das evidências, aplicar não conformidade/ Notificação e se ainda persistir, comunicar formalmente a situação ao Gerente de Enfermagem/ Responsável pelo contrato/ Direção da unidade para que seja tomada uma ação efetiva.
- Arquivar a SS dos parceiros e médicos no OneDrive e/ou em pasta física identificada e

realizar controle através da planilha disponível no OneDrive.

CABE AO TÉCNICO/ GERENCIA/ SUPERVISOR DA ENGENHARIA DA FISIO-TEC:

- Analisar se a ordem de serviço/ laudo de calibração/ laudo segurança elétrica se possui todas as informações necessárias que garantem a preventiva do equipamento. Exemplo: checklist do que foi realizado, data, hora, dados dos equipamentos, padrão utilizado, pontos calibrados e validação dos parâmetros.

6.4 EQUIPAMENTOS PASSIVEIS DE MANUTENÇÃO PREVENTIVA EXTERNA

CABE AO AUXILIAR ADMINISTRATIVO/ SUPERVISOR DA FISIO-TEC:

- Solicitar o orçamento e apresentar para direção/ responsável pelo contrato e seguir processo de compras da unidade (cliente). Em contratos que a Fisio-tec é a responsável financeira por estes custos, seguir o POP FST OPE 014 – Aquisição.
- Fazer contato com o fornecedor e informar se o equipamento será enviado ou se optou pela visita. Caso seja autorizado o envio para o fornecedor, solicitar junto ao setor fiscal/ contábil da unidade (cliente) a emissão da Nota fiscal para o transporte. Caso seja visita, agendar junto ao setor de destino do equipamento uma melhor data.
- Checar com a direção/ responsável pelo contrato qual vai ser o meio de transporte para envio do equipamento (transportadora / correio). Em contratos que a Fisio-tec é a responsável financeira por esses custos, checar com a direção da Fisio-tec.
- Entrar em contato com a transportadora e agendar a coleta. Caso seja pelo correio, verificar o meio de transporte até ao correio.
- Acompanhar se o técnico anexou as evidências enviadas pelo fornecedor na ordem de serviço gerada pela SIG. Checar se foi validada pela Fisio-Tec e cliente, caso não tenha sido solicitar a coordenação/ engenharia da Fisio-Tec para que exclua as evidências. Solicitar ao técnico para que seja inserido apenas as evidências validadas.
- No retorno do equipamento, proceder conforme POP FST OPE 008 – Movimentação de Equipamentos e POP FST OPE 009 – Aceitação de Equipamentos.
- Caso seja autorizado a visita do fabricante/assistente, agendar junto ao setor de destino do equipamento uma melhor data.
- Arquivar a SS de terceiros através de uma ordem de serviço do SIG. Todas as informações deverão estar no SIG.

CABE AO TÉCNICO/ AUXILIAR TÉCNICO DA FISIO-TEC:

- Embalar o equipamento para que seja transportado em segurança. (caso seja enviado para fornecedor/assistente técnico)

- Registrar o motivo do envio para manutenção externa na SS ou visita do fornecedor.
- Acompanhar junto ao auxiliar administrativo o processo para execução do serviço.
- Acompanhar o fornecedor na visita realizada e solicitar SS do que foi realizado.
- Testar se o equipamento está em perfeita condição e uso.
- Fechar a OS no SIG, logo após execução da manutenção.
- Validar e arquivar no SIG a evidência da manutenção preventiva do equipamento executada pelo terceiro.

OBS: Colocar todas as informações na SS do SIG.

7. PONTOS CRÍTICOS / RISCOS

- Não realização de manutenção preventiva após finalização de manutenção corretiva;
- Falta de material para execução da manutenção preventiva por falha na aquisição prévia de material;
- Não realização da manutenção preventiva do equipamento;
- Não acompanhar o plano de manutenção preventiva dos parceiros do cliente;
- Não notificar os parceiros do cliente quando houver não conformidades quanto ao envio do plano demanutenção preventiva e/ou evidências do serviço.

8. NORMAS E REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

NR32 **-** Segurança e Saúde no Trabalho em
Serviço de SaúdeManual de Tecnovigilância
ABNT NBR 15943 - Diretrizes para um programa de gerenciamento de equipamentos de infraestrutura deserviços de saúde e de equipamentos para a saúde.

ABNT NBR ISSO/ IEC 60601:2012 – Requisitos gerais para equipamentos eletromédicos.

RESOLUÇÃO N° 2:2010 – Dispõe sobre o gerenciamento de tecnologias em saúde em estabelecimento desaúde.

Boas práticas para aquisição de equipamentos Médicos- hospitalares – ANVISA

Equipamentos médico-hospitalares e o gerenciamento da manutenção – Ministério da Saúde, Brasília, DF, 2002. Guia para elaboração do Plano de Gestão de equipamentos –

Ministério da Saúde, Brasília, DF, 2012.
Manual para Regularização de Equipamentos Médicos na ANVISA, 2017

9. ANEXOS

Anexo 01 - Sugestão de Plano de Manutenção Preventiva Anexo 02 – Etiqueta de Preventiva / Calibração
Anexo 03 - Controle Equipamentos de Médicos e Parceiros disponível no ONE DRIVE.

10. REGISTROS

Nome do registro	Local de arquivamento	Responsável pelo arquivamento	Tempo de retenção	Descarte
Sugestão de Plano de Manutenção Preventiva	Pasta localizada no armário do setor Engenharia Clínica e na pasta da respectiva Unidade (OneDrive)	Assistente e Auxiliar Administrativo e/ou Auxiliar Técnico	02 anos físico	Picote
Etiqueta de Preventiva / Calibração	Pasta localizada no armário do setor Engenharia Clínica e na pasta da respectiva Unidade (OneDrive)	Assistente e Auxiliar Administrativo e/ou Auxiliar Técnico	02 anos físico	Picote
Controle Equipamentos de Médicos e Parceiros	One drive	Assistente e Auxiliar Administrativo	Indeterminado	

11. HISTÓRICO DAS ALTERAÇÕES

REVISÃO	Nº ITEM	NATUREZA DAS ALTERAÇÕES
00	Todos	Criação do Documento
01	05	Troca de função
01	06	Melhoria de processo

NOTAS
Este procedimento é dinâmico e está sujeito a alterações. Para seu aprimoramento, comentários e sugestões, as críticas devem ser encaminhadas para o SGQ.
As cópias deste documento são controladas pelo SGQ e cabe ao mesmo atualizar e emitir novas versões, sempre que houver uma atualização.

POP ENG CL 005 - CALIBRAÇÃO DE EQUIPAMENTO MÉDICO-HOSPITALAR

1. OBJETIVO

Estabelecer sob condições especificadas a relação entre valores indicados por um instrumento de medição e osvalores correspondentes aos padrões utilizados (rastreáveis).

2. ABRANGÊNCIA

Este procedimento deverá ser aplicado em todos os clientes da Fisio-tec conforme descrição contratual.

3. CONCEITOS E SIGLAS

SIG: Sistema Informatizado de Gestão
OS: Ordem de Serviço **SS:** Solicitação de Serviço **EC:** Engenharia Clínica
In loco: No próprio local
One Drive: serviço de armazenamento em nuvem da Microsoft utilizado pela Fisio-Tec

4. MATERIAIS

Padrão específico para calibração conforme cada equipamento; SIG;
Software
Certificados;
Formulário do processo.

5. RESPONSÁVEIS PELA EXECUÇÃO E GERENCIAMENTO

CARGOS ENVOLVIDOS	SETOR ENVOLVIDO
Diretor	Direção
Gerência	Todos os setores
Supervisão	Operação
Técnico	Operação
Auxiliar Técnico	Operação
Estagiário Técnico	Operação
Auxiliar Administrativo	Operação
Estagiário Administrativo	Operação
Clientes	Todos os clientes

6. DESCRIÇÃO DOS PASSOS DA ATIVIDADE

A calibração é um serviço realizado no equipamento conforme parâmetro utilizado. Pode ser executada junto com a manutenção preventiva, aceitação, verificação funcional ou apenas calibração.

A calibração é um item do check list da manutenção preventiva, onde deve ser realizada conforme cronograma da manutenção preventiva POP FST OPE 004.

6.1 EQUIPAMENTOS DA UNIDADE

JUNTO COM A MANUTENÇÃO PREVENTIVA

Quando a calibração é executada junto com a manutenção preventiva, ela passa a ser um item do check list da manutenção preventiva.

Recolher o equipamento para realização da calibração conforme cronograma de manutenção preventiva disponível do SIG (ou antecipadamente).

OBS.: Recolher somente se o equipamento estiver passado pelo processo de desinfecção (caso contrário, informar superior imediato do setor);

CABE À DIREÇÃO/ GERÊNCIA/ ENGENHARIA / SUPERVISÃO DA FISIO-TEC:

- Orientar a equipe conforme Sugestão de plano de Manutenção Preventiva validada junto a unidade, PRS FST OPE 004.

CABE AO AUXILIAR ADMINISTRATIVO

- Fornecer formulário de calibração para os técnicos (quando aplicável) - Anexo 01 - Formulário de Calibração;
- Receber do técnico formulário devidamente preenchido (Receber apenas se estiver completamente preenchido pelo técnico);
- Gerar certificado de calibração conforme POP FST OPE 018 – Emissão de Certificado de Calibração;
- Disponibilizar o certificado no SIG dentro da ordem de serviço de manutenção preventiva na aba documentos.
- Conferir na virada do mês se a ordem de serviço que contém o certificado foi aprovada/validada pelo responsável da unidade / setor / gerente de enfermagem, caso não tenha sido, enviar e-mail/comunicado informando as SS's que deverão ser aprovadas/ validadas.

Obs: Em caso de clientes da Fisio-tec que não possuem equipe alocada na unidade, formalizar contato via e- mail informando a data prevista da visita na unidade e aguardar liberação do cliente.

- Gerar não conformidade/ notificação nos seguintes casos: se a unidade (cliente) não disponibilizar o equipamento sem uma justificativa plausível; se houver resistência para disponibilizar do equipamento; se a unidade (cliente) não souber onde está o equipamento (equipamento não encontrado).

Após não conformidade/ notificação do equipamento não encontrado, se ainda continua desaparecido, comunicar formalmente a situação ao Gerente de Enfermagem/ Responsável pelo contrato/ Direção da unidade para que seja tomada uma ação efetiva.

- Se o equipamento estiver conectado em paciente grave, comunicar formalmente ao Responsável pelo setor/ Gerente de Enfermagem/ Responsável pelo contrato que o mesmo precisa de manutenção urgente, pois pode oferecer risco ao paciente pelo fato de estar com a manutenção vencendo. Registrar na ordem de serviço o nome da

pessoa que foi comunicada.

- Após 10 dias do comunicado gerar RNC para unidade/setor que não aprovou/validou ordem de serviço de manutenção preventiva que contém o certificado;
- No caso de clientes que não possuem acesso ao sistema de gestão, imprimir e/ou enviar por email o certificado.
- Clientes avulsos, imprimir e entregar o certificado para o cliente. A validação fica a critério do cliente.
- Acompanhar cronograma dos analisadores/simuladores (padrões) da Fisio-tec disponível conforme cronograma..

ATENÇÃO: O PROCESSO DE VALIDAÇÃO DE EQUIPAMENTOS FAZ PARTE DO PLANO DE CALIBRAÇÃO. EX: CAPELA FLUXO LAMINAR, AUTOCLAVES ETC.

CABE AO TÉCNICO/ AUXILIAR TÉCNICO DA FISIO-TEC:

- Antes de iniciar o processo de calibração o técnico deverá testar o analisador/ simulador e analisar se os valores estão dentro das faixas pré-determinadas na Tabela de adequação de uso seguro, caso haja alguma inconformidade, o técnico imediatamente deverá testar o Padrão (instrumento utilizado) em outro equipamento do mesmo tipo, para certificar-se se à alteração está no Padrão ou no equipamento a ser analisado. Caso seja apontado que o Padrão necessite de ajuste, imediatamente o mesmo deve ser retirado de uso e enviado para laboratório certificado na grandeza (certificados rastreáveis à Rede Brasileira de Calibração) conforme autorização da direção da Fisio-Tec, para ajuste e calibração. Após substituição do Padrão, repetir o procedimento de calibração; caso seja apontado que o equipamento à ser analisado apresente alteração, o mesmo é encaminhado imediatamente para manutenção corretiva (no caso em que o equipamento esteja em garantia, acionar a assistência técnica do fabricante), após correção, repetir o procedimento de calibração, um novo registro no formulário deverá ser realizado.
- Verificar se as condições atmosféricas estão dentro das faixas recomendadas para realizar a calibração dos equipamentos, caso não estejam, encaminhar o equipamento para um local apropriado para execução da calibração.

Considerar os padrões:

Instrumentos da Área de Eletricidade, Temperatura e Umidade:

a) Temperatura

Recomenda-se que a temperatura ambiente não exceda os limites entre 18°C e 28°C (limites estabelecidos de acordo com a ISO 554-1976). Em qualquer situação, a temperatura ambiente não deve exceder os limites especificados pelos fabricantes dos instrumentos de medição.

b) Umidade relativa

Recomenda-se que a umidade do laboratório permaneça entre os limites 45 %ur e 70 %ur (limites estabelecidos de acordo com a ISO 554-1976). Em qualquer situação, a umidade relativa não deve exceder os limites especificados pelos fabricantes dos instrumentos de medição.

c) Alimentação elétrica

O suprimento elétrico deve atender às especificações dos instrumentos de medição. Recomenda-se que o laboratório/ local da calibração possua malha de aterramento para os equipamentos.

Instrumentos da Área de Pressão e Massa

1) Calibração nas instalações permanentes

Convém que as mesmas sejam realizadas a uma temperatura de (20 ± 2) °C e umidade relativa do ar de (50 ± 20) % e "isentas" de vibrações. Recomenda-se ao laboratório que, em função de serviço específico, necessitar de uma variação menor que 2ºC.

2) Calibração nas instalações do cliente.

No caso de calibração em campo, a variação da temperatura ambiente entre o início e o término da calibração, convém não exceder 4ºC.

- Realizar a busca ativa dos equipamentos na unidade (cliente) e priorizar a execução da manutenção nos equipamentos de menor tolerância (tempo). Em caso de clientes que não possuem equipe alocada na unidade, alinhar junto ao auxiliar administrativo e/ou supervisor técnico a confirmação da data de visita para execução das manutenções preventivas.
- Realizar a movimentação interna do equipamento para o setor de EC tomando os devidos cuidados conforme POP FST OPE 003 – Identificação e rastreabilidade. **RECOLHER SOMENTE SE O EQUIPAMENTO ESTIVER PASSADO PELO PROCESSO DE DESINFECÇÃO E/OU DESCONECTADO DO PACIENTE, CASO CONTRÁRIO, INFORMAR AO COORDENADOR/ RESPONSAVEL DO SETOR QUE O MESMO APÓS PROCESSO DE DESINFCÇÃO, DESCREVER NA SS:**

"Em virtude de o item não estar descontaminado e/ou desconectado do paciente, o mesmo não sofrerá intervenção. O setor de Engenharia Clínica irá aguardar a execução das atividades citadas para retornarao setor. Chefia do setor comunicado".

- Se o equipamento estiver conectado em paciente grave, comunicar formalmente ao Gerente de Enfermagem/ Responsável pelo contrato que o mesmo precisa de manutenção urgente, pois pode oferecer risco ao paciente pelo fato de estar com a manutenção vencendo.
- Em posse do equipamento, separar os analisadores/ simuladores necessários para a realização da calibração.
- Ligar o analisador/ simulador na rede elétrica (conforme voltagem descrita nos mesmos).
- Conectar o analisador/ simulador ao equipamento.
- Realizar as verificações em 3 pontos (para cada ponto realizar três medidas ou mais se necessário)
- Anotar no formulário de calibração os resultados encontrados. Caso haja erro na escrita o mesmo deve ser riscado e descrito corretamente e assinado ao lado, <u>mas atenção, nunca apagado ou rasurado;</u>
- Realizar a calibração de todos os parâmetros e pontos conforme "Tabela de Adequação de uso seguro" de cada cliente, nos clientes que não possuem tabela, solicitar que ele defina os 03 pontos;
- Preencher todos os campos do formulário de calibração, inclusive com os dados do analisador que está sendo utilizado.
- Entregar para o ADM gerar o certificado das calibrações.
- Analisar se o certificado emitido está dentro dos critérios de tolerância conforme "Tabela de Adequação para uso seguro", caso não esteja, encaminhar o equipamento para manutenção corretiva conforme POP FST OPE 007 – Manutenção Corretiva, caso esteja dentro da tolerância definida, anexar o certificado na SS no SIG.
- Devolver o equipamento ao setor de destino.
- Fechar a SS no SIG, logo após execução da calibração.
- Caso seja solicitado/ autorizado pela instituição, preencher e anexar etiqueta conforme Anexo 02 – Etiqueta de Preventiva / Calibração, com as iniciais do técnico responsável, a data da realização e a data com a próxima Preventiva (considerar o último dia do mês). Fixar etiqueta de Manutenção na lateral direita centralizada conforme POP FST OPE 003 – Identificação e Rastreabilidade (**OU** de acordo com a política de cada Instituição).

CABE AO RESPONSÁVEL PELO SETOR/ CLIENTE:

- Acompanhar diariamente o cronograma de manutenção preventiva / calibração via SIG.
- Disponibilizar os equipamentos para manutenção preventiva / calibração conforme cronograma ou de forma antecipada quando acordado com o setor de Engenharia Clínica;

Disponibilizar o equipamento apenas se o mesmo estiver passado pelo processo de desinfecção conforme NR32 e desconectado do paciente.

- Testar o equipamento na devolução (após manutenção).
- Validar/ Aceitar a manutenção através da ordem de serviço no SIG. (Apenas em clientes que possuem acesso)
- Verificar se os equipamentos possuem etiqueta de manutenção preventiva/ calibração caso seja exigência da unidade. Se estiver sem etiqueta, acionar a Engenharia Clínica para que verifique a última manutenção realizada.
- Autorizar a data da visita (clientes que não possuem equipe locada na unidade)

JUNTO COM A VERIFICAÇÃO FUNCIONAL (ADMISSÃO DE NOVO PARQUE TECNOLÓGICO)

- Recolher o equipamento conforme levantamento patrimonial POP FST OPE 002 – Levantamento Patrimonial, para realização da calibração.

OBS.: Recolher somente se o equipamento estiver passado pelo processo de desinfecção (caso contrário, informar superior imediato do setor);

CABE AO AUXILIAR ADMINISTRATIVO DA FISIOTEC

- Fornecer formulário de calibração para os técnicos (quando aplicável) - **Anexo 01 - Formulário de Calibração;**
- Receber do técnico formulário devidamente preenchido (Receber apenas se estiver completamente preenchido pelo técnico);
- Gerar certificado de calibração conforme POP FST OPE 018, no prazo máximo de até três dias após execução;
- Disponibilizar o certificado no SIG dentro da ordem de serviço de verificação funcional na aba documentos.
- Acompanhar cronograma dos analisadores/simuladores (padrões) da Fisio-tec disponível no one drive.

CABE AO TÉCNICO DA FISIOTEC

- Antes de iniciar o processo de calibração o técnico deverá testar o analisador/ simulador e analisar se os valores estão dentro das faixas pré-determinadas na Tabela de adequação

de uso seguro, caso haja alguma inconformidade, o técnico imediatamente deverá testar o Padrão (instrumento utilizado) em outro equipamento do mesmo tipo, para certificar-se se à alteração está no Padrão ou no equipamento à ser analisado. Caso seja apontado que o Padrão necessite de ajuste, imediatamente o mesmo deve ser retirado de uso e enviado para laboratório certificado na grandeza (certificados rastreáveis à Rede Brasileira de Calibração) conforme autorização da direção da Fisio-Tec, para ajuste e calibração. Após substituição do Padrão, repetir o procedimento de calibração; caso seja apontado que o equipamento à ser analisado apresente alteração, o mesmo é encaminhado imediatamente para manutenção corretiva (em caso de equipamento estar em garantia acionar a assistência técnica do fabricante), após correção repetir o procedimento de calibração e um novo registro no formulário deverá ser realizado.

- Verificar se as condições atmosféricas estão dentro das faixas recomendadas para realizar a calibração dos equipamentos, caso não estejam, encaminhar o equipamento para um local apropriado para execução da calibração.

Considerar os padrões:

Instrumentos da Área de Eletricidade, Temperatura e Umidade:

a) Temperatura

Recomenda-se que a temperatura ambiente não exceda os limites entre 18°C e 28°C (limites estabelecidos de acordo com a ISO 554-1976). Em qualquer situação, a temperatura ambiente não deve exceder os limites especificados pelos fabricantes dos instrumentos de medição.

b) Umidade relativa

Recomenda-se que a umidade do laboratório permaneça entre os limites 45 %ur e 70 %ur (limites estabelecidos de acordo com a ISO 554-1976). Em qualquer situação, a umidade relativa não deve exceder os limites especificados pelos fabricantes dos instrumentos de medição.

c) Alimentação elétrica

O suprimento elétrico deve atender às especificações dos instrumentos de medição. Recomenda-se que o laboratório/ local da calibração possua malha de aterramento para os equipamentos.

Instrumentos da Área de Pressão e Massa

1) Calibração nas instalações permanentes

Convém que as mesmas sejam realizadas a uma temperatura de (20 ± 2) °C e umidade relativa do ar de (50 ±

20) % e "isentas" de vibrações. Recomenda-se ao laboratório que, em função de serviço específico, necessitar de uma variação menor que 2ºC.

2) Calibração nas instalações do cliente.

No caso de calibração em campo, a variação da temperatura ambiente entre o início e o término da calibração, convém não exceder 4ºC.

- Realizar movimentação interna do equipamento para o laboratório quando possível/necessário para realização da calibração conforme inventário levantado.
- Em posse do equipamento, separar os analisadores/ simuladores necessários para a realização da calibração.
- Ligar o analisador/ simulador na rede elétrica (conforme voltagem descrita nos mesmos).
- Conectar o analisador/ simulador ao equipamento.
- Realizar as verificações em 3 pontos (para cada ponto realizar três medidas ou mais se necessário)
- Anotar no formulário de calibração os resultados encontrados. Caso haja erro na escrita o mesmo deve ser riscado e descrito corretamente e assinado ao lado, mas atenção, nunca apagado ou rasurado;
- Realizar a calibração de todos os parâmetros e pontos conforme "Tabela de Adequação de uso seguro" de cada cliente, nos clientes que não possuem tabela, solicitar que ele defina os 03 pontos;
- Preencher todos os campos do formulário de calibração, inclusive com os dados do analisador que está sendo utilizado.
- Entregar para o Auxiliar ADM gerar o certificado das calibrações.
- Devolver o equipamento ao setor de destino.
- Lançar na SS verificação funcional o que foi realizado.

CABE AO RESPONSÁVEL PELO SETOR/ CLIENTE:

- Disponibilizar os equipamentos para verificação funcional;
- Disponibilizar o equipamento apenas se o mesmo estiver passado pelo processo de desinfecção conforme NR32 e desconectado do paciente.
- Testar o equipamento na devolução (após verificação funcional).
- Validar/ Aceitar a manutenção através do formulário e da ordem de serviço no SIG. (Apenas em clientes que possuem acesso)
- Autorizar a retirada do equipamento para execução da verificação funcional.

JUNTO COM A ACEITAÇÃO (ENTRADA DE UM EQUIPAMENTO NA UNIDADE)

- Receber o equipamento conforme POP FST OPE 009 – Aceitação de Equipamentos, para realização da calibração.

OBS.: Recolher somente se o equipamento estiver passado pelo processo de desinfecção (caso contrário, informar superior imediato do setor);

CABE AO AUXILIAR ADMINISTRATIVO DA FISIOTEC

- Fornecer formulário de calibração para os técnicos (quando aplicável) - Anexo 01 - Formulário de Calibração;
- Receber do técnico formulário devidamente preenchido (Receber apenas se estiver completamente preenchido pelo técnico);
- Gerar certificado de calibração conforme POP FST OPE 018, no prazo máximo de até três dias após execução;
- Disponibilizar o certificado no SIG dentro da ordem de serviço de verificação funcional na aba documentos.
- Acompanhar cronograma dos analisadores/simuladores (padrões) da Fisio-tec disponível no one drive.

CABE AO TÉCNICO/ AUXILIAR TECNICO DA FISIOTEC

- Antes de iniciar o processo de calibração o técnico deverá testar o analisador/ simulador e analisar se os valores estão dentro das faixas pré-determinadas na Tabela de adequação de uso seguro, caso haja alguma inconformidade, o técnico imediatamente deverá testar o Padrão (instrumento utilizado) em outro equipamento do mesmo tipo, para certificar-se se à alteração está no Padrão ou no equipamento à ser analisado. Caso seja apontado que o Padrão necessite de ajuste, imediatamente o mesmo deve ser retirado de uso e enviado para laboratório certificado na grandeza (certificados rastreáveis à Rede Brasileira de Calibração) conforme autorização da direção da Fisio-Tec, para ajuste e calibração. Após substituição do Padrão, repetir o procedimento de calibração; caso seja apontado que o equipamento à ser analisado apresente alteração, o mesmo é encaminhado imediatamente para manutenção corretiva (em caso de equipamento estar em garantia acionar a assistência técnica do fabricante), após correção repetir o procedimento de calibração e um novo registro no formulário deverá ser realizado.

- Verificar se as condições atmosféricas estão dentro das faixas recomendadas para realizar a calibração dos equipamentos, caso não estejam, encaminhar o equipamento para um local apropriado para execução da calibração.

Considerar os padrões:

Instrumentos da Área de Eletricidade, Temperatura e Umidade:

a) Temperatura

Recomenda-se que a temperatura ambiente não exceda os limites entre 18°C e 28°C (limites estabelecidos de acordo com a ISO 554-1976). Em qualquer situação, a temperatura ambiente não deve exceder os limites especificados pelos fabricantes dos instrumentos de medição.

b) Umidade relativa

Recomenda-se que a umidade do laboratório permaneça entre os limites 45 %ur e 70 %ur (limites estabelecidos de acordo com a ISO 554-1976). Em qualquer situação, a umidade relativa não deve exceder os limites especificados pelos fabricantes dos instrumentos de medição.

c) Alimentação elétrica

O suprimento elétrico deve atender às especificações dos instrumentos de medição. Recomenda-se que o laboratório/ local da calibração possua malha de aterramento para os equipamentos.

Instrumentos da Área de Pressão e Massa

1) Calibração nas instalações permanentes

Convém que as mesmas sejam realizadas a uma temperatura de (20 ± 2) °C e umidade relativa do ar de (50 ± 20) % e "isentas" de vibrações. Recomenda-se ao laboratório que, em função de serviço específico, necessitarde uma variação menor que 2ºC.

2) Calibração nas instalações do cliente.

No caso de calibração em campo, a variação da temperatura ambiente entre o início e o término da calibração, convém não exceder 4ºC.

- Realizar movimentação interna do equipamento para o laboratório ou local adequado realização da calibraçãoconforme nota fiscal.
- Em posse do equipamento, separar os analisadores/ simuladores necessários para a realização da calibração.
- Ligar o analisador/ simulador na rede elétrica (conforme voltagem descrita nos mesmos).
- Conectar o analisador/ simulador ao equipamento.
- Realizar as verificações em 3 pontos (para cada ponto realizar três medidas ou mais se necessário)

- Anotar no formulário de calibração os resultados encontrados. Caso haja erro na escrita o mesmo deve ser riscado e descrito corretamente e assinado ao lado, mas atenção, nunca apagado ou rasurado;
- Realizar a calibração de todos os parâmetros e pontos conforme "Tabela de Adequação de uso seguro" de cada cliente, nos clientes que não possuem tabela, solicitar que ele defina os 03 pontos;
- Preencher todos os campos do formulário de calibração, inclusive com os dados do analisador que está sendo utilizado.
- Entregar para o Auxiliar ADM gerar o certificado das calibrações.
- Comunicar ao setor de patrimônio que o equipamento está disponível para ser enviado ao setor e colagem da etiqueta.
- Lançar na SS de aceitação o que foi realizado.

CABE AO RESPONSÁVEL PELO SETOR/ CLIENTE:
- Testar o equipamento na devolução (após aceitação).
- Validar/ Aceitar a manutenção através do formulário de aceitação e da ordem de serviço no SIG. (Apenas em clientes que possuem acesso).
- Autorizar a data da instalação.

6.2 EQUIPAMENTOS TERCEIROS

CABE AO AUXILIAR ADMINISTRATIVO E/OU SUPERVISOR TÉCNICO DA FISIO-TEC:
- Realizar cadastro do equipamento no SIG assim que o equipamento chegar na unidade e abrir ordem de serviço para aceitação do equipamento conforme POP FST OPE 009 – Aceitação de equipamentos, após anexar documentação na OS de Aceitação e criar o cronograma de manutenção preventiva.
- Solicitar junto ao terceiro as documentações mais recentes do equipamento (Evidência da última preventiva, certificados de Calibração, Segurança Elétrica, etc.)
- Cadastrar cronograma de manutenção preventiva/ calibração levando em consideração as últimas evidências, se possível inserir dentro da família conforme Anexo 01 - Sugestão de Plano de Manutenção Preventiva do POP FST OPE 004 – Manutenção preventiva.
- Agendar com o terceiro e com o responsável do setor o dia da visita para realização da manutenção calibração.

- Acompanhar se o técnico anexou as evidências enviadas pelo terceiro na ordem de serviço gerada pela SIG. Checar se foi validada pela Fisio-Tec e cliente, caso não tenha sido solicitar a coordenação/ engenharia da Fisio- Tec para que exclua as evidências. Solicitar ao técnico para que seja inserido apenas as evidências validadas.

CABE AO TÉCNICO DA FISIO-TEC:

- Realizar aceitação do equipamento conforme POP FST OPE 009 – Aceitação de equipamentos para que o auxiliar administrativo cadastre o plano de manutenção preventiva. (Se estiver entrando com o equipamento)
- Acompanhar o terceiro para realização da calibração in-loco, caso seja necessário realizar a movimentação interna do equipamento para o setor de EC tomando os devidos cuidados conforme PRS FST OPE 003 – Identificação e Rastreabilidade.

RECOLHER SOMENTE SE O EQUIPAMENTO ESTIVER PASSADO PELO PROCESSO DE DESINFECÇÃO E/OU DESCONECTADO DO PACIENTE, CASO CONTRÁRIO, INFORMAR AO COORDENADOR/ RESPONSAVEL DO SETOR QUE O MESMO APÓS PROCESSO DE DESINFCÇÃO, DESCREVER NA SS:

"Em virtude de o item não estar descontaminado e/ou desconectado do paciente, o mesmo não sofrerá intervenção. O setor de Engenharia Clínica irá aguardar a execução das atividades citadas para retornar ao setor. Chefia do setor comunicado".

- Se o equipamento estiver conectado em paciente grave, comunicar formalmente ao Gerente de Enfermagem/ Responsável pelo contrato que o mesmo precisa de manutenção urgente, pois pode oferecer risco ao paciente pelo fato de estar com a manutenção vencendo.
- Testar se o equipamento está em perfeita condição e uso.
- Fechar a OS no SIG, logo após execução da manutenção (calibração).
- Validar e arquivar no SIG a evidência da calibração executada pelo terceiro.
- Devolver o equipamento ao setor de destino.
- Caso seja solicitado/ autorizado pela instituição, preencher e anexar etiqueta conforme Anexo 02 – Etiqueta de Preventiva / Calibração, com as iniciais do técnico responsável, a data da realização e a data com a próxima Preventiva (considerar o último dia do mês). Fixar etiqueta de Manutenção na lateral direita centralizada conforme POP FST OPE 003 – Identificação e Rastreabilidade (**OU** de acordo com a política de cada Instituição).

OBS.: Em unidade (clientes) que possuem ordem de serviço própria ou que exige ordem de serviço física, anexar a ordem de serviço do terceiro, preencher a ordem de serviço da unidade (cliente), coletar assinatura do setor (para comprovação da execução), escanear e anexar na ordem de serviço do SIG.

CABE AO RESPONSÁVEL PELO SETOR/ CLIENTE:

- Acompanhar diariamente o cronograma de manutenção preventiva / calibração via SIG.
- Alinhar junto ao auxiliar administrativo da Fisio-Tec a melhor data para visita do terceiro.
- Disponibilizar os equipamentos para manutenção preventiva / calibração conforme cronograma ou de forma antecipada quando acordado com o setor de Engenharia Clínica;

Disponibilizar o equipamento apenas se o mesmo estiver passado pelo processo de desinfecção conforme NR 32 e desconectado do paciente.

- Testar o equipamento na devolução (após calibração).
- Validar/ Aceitar a manutenção através da ordem de serviço no SIG. (Apenas em clientes que possuem acesso)
- Verificar se os equipamentos possuem etiqueta de manutenção preventiva/ calibração caso seja exigência da unidade. Se estiver sem etiqueta, acionar a Engenharia Clínica para que verifique a última manutenção realizada.

6.2 EQUIPAMENTOS DE PARCEIROS E MÉDICOS CABE AO AUXILIAR ADMINISTRATIVO DA FISIO-TEC

Cronograma de Manutenção Preventiva/ Calibração/ Segurança Elétrica

- Solicitar no mês de dezembro aos parceiros presentes dentro da unidade de saúde o cronograma de manutenção preventiva/ calibração/ segurança elétrica de todos os equipamentos fixos e rotativos disponíveis na unidade.

Evidências das Manutenções Preventivas/ Calibrações/ Segurança Elétrica Realizadas pelos parceiros conforme cronograma

- Recolher mensalmente evidência das manutenções preventiva/ calibração/ segurança elétrica dos parceiros dentro da unidade de saúde conforme cronograma de manutenção preventiva/ calibração disponibilizado pelo mesmo. Caso haja recusa na disponibilização das evidências, aplicar RNC conforme cadeia cliente fornecedor.

Análise das ordens de serviços/ laudo de calibração/ laudo segurança elétrica dos parceiros

- Analisar se a ordem de serviço/ laudo de calibração/ laudo segurança elétrica possui todas as informações necessárias que garantem a preventiva do equipamento. Exemplo: check list do que foi realizado, data, hora, dados dos equipamentos, padrão utilizado, pontos calibrados e validação dos parâmetros.
- Arquivar a SS dos parceiros e médicos no One drive e/ou em pasta física identificada e realizar controle através da planilha disponível no One Drive.

6.3 EQUIPAMENTOS QUE VÃO PARA CALIBRAÇÃO EXTERNA CABE AO AUXILIAR ADMINISTRATIVO DA FISIO-TEC

- Solicitar o orçamento e apresentar para direção/ responsável pelo contrato e seguir processo de compras da

unidade (cliente). Em contratos que a Fisio-tec é a responsável financeira por estes custos, seguir o POP FST SUP 001 – Compras.

- Fazer contato com o fornecedor e informar se o equipamento será enviado ou se optou pela visita. Caso seja autorizado o envio para o fornecedor, solicitar junto ao setor fiscal da unidade (cliente) a emissão da Nota fiscal para o transporte. Caso seja visita, agendar junto ao setor de destino do equipamento uma melhor data.
- Checar com a direção/ responsável pelo contrato qual vai ser o meio de transporte para envio do equipamento (transportadora / correio). Em contratos que a Fisio-tec é a responsável financeira por esses custos, checar com a direção da Fisio-tec.
- Entrar em contato com a transportadora e agendar a coleta. Caso seja pelo correio, verificar o meio de transporte até ao correio.
- Acompanhar se o técnico anexou as evidências enviadas pelo fornecedor na ordem de serviço gerada pela SIG. Checar se foi validada pela Fisio-Tec e cliente, caso não tenha sido solicitar a coordenação/ engenharia da Fisio-Tec para que exclua as evidências. Solicitar ao técnico para que seja inserido apenas as evidências validadas.
- No retorno do equipamento, proceder conforme POP FST OPE 008 – Movimentação de Equipamentos e POP FST OPE 009 – Aceitação de Equipamentos.
- Caso seja autorizado a visita do fabricante/assistente, agendar junto ao setor de destino do equipamento uma melhor data.
- Arquivar a SS de terceiros através de uma ordem de serviço do SIG. Todas as informações deverão estar no SIG.

CABE AO TÉCNICO DA FISIOTEC

- Embalar o equipamento para que seja transportado em segurança. (caso seja enviado para fornecedor/assistente técnico)

- Registrar o motivo do envio para manutenção externa na SS ou visita do fornecedor.
- Acompanhar junto ao auxiliar administrativo o processo para execução do serviço.
- Acompanhar o fornecedor na visita realizada e solicitar SS do que foi realizado.
- Testar se o equipamento está em perfeita condição e uso.
- Fechar a OS no SIG, logo após execução da manutenção.
- Validar e arquivar no SIG a evidência da manutenção preventiva do equipamento executada pelo terceiro.

OBS: Colocar todas as informações na SS do SIG.

7. PONTOS CRÍTICOS / RISCOS

- Não realização de calibração após finalização de manutenção corretiva;
- Não realização da calibração do equipamento;
- Realização de calibração fora dos parâmetros determinados;
- Não acompanhar o plano de calibração dos parceiros do cliente;
- Não notificar os parceiros do cliente quando houver não conformidades quanto ao envio do plano de calibraçãoe/ou evidências do serviço.

8. NORMAS E REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Norma Portuguesa. NPEN ISO 90012008. Sistemas de Gestão da Qualidade – Requisitos (ISO 9001:2008).

Associação Brasileira de Normas Técnicas. NBR ISO 10012: Sistemas de gestão de medição - Requisitos paraos processos de medição e equipamentos de medição. ABNT, 2004.

Associação Brasileira de Normas Técnicas.NBR ISO/IEC 17025: Requisitos gerais para a competência delaboratórios de ensaio e calibração. ABNT, 2017.

Manual da ONA - Gestão de Equipamentos e Tecnologia Médico-hospitalar.

Vocabulário Internacional de Metrologia: Conceitos fundamentais e gerais e termos associados (VIM 2012). Duque de Caxias, RJ: INMETRO, 2012.

Associação Brasileira de Normas Técnicas. NBR IEC 60601-1-1: Esta Norma se aplica a segurança de sistemas eletromédicos. Descreve as prescrições de segurança relativas aos sistemas eletromédicos no intuito de possibilitar a proteção do paciente, do operador e do ambiente. ABNT, 2004.

9. ANEXOS

Anexo 01 - Formulário de Calibração
Anexo 02 - Etiqueta de Preventiva/ Calibração

10. REGISTROS

Nome do registro	Local de arquivamento	Responsável pelo arquivamento	Tempo de retenção	Descarte
Formulário de Calibração	Pasta localizada no armário do setor da Engenharia Clínica	Assistente e Auxiliar Administrativo e/ou Auxiliar Técnico	02 anos físico	Picote
Etiqueta de Preventiva/ Calibração	Pasta localizada no armário do setor da Engenharia Clínica	Assistente e Auxiliar Administrativo e/ou Auxiliar Técnico	02 anos físico	Picote

11. HISTÓRICO DAS ALTERAÇÕES

REVISÃO	Nº ITEM	NATUREZA DAS ALTERAÇÕES
00	Todos	Criação do Documento
01	05	Mudança de função
01	06	Melhoria de processos
01	09	Melhoria formulário

NOTAS
Este procedimento é dinâmico e está sujeito a alterações. Para seu aprimoramento, comentários e sugestões, as críticas devem ser encaminhadas para o SGQ.
As cópias deste documento são controladas pelo SGQ e cabe ao mesmo atualizar e emitir novas versões, sempre que houver uma atualização.

POP ENG CL 006 - ANÁLISE DE SEGURANÇA ELÉTRICA

1. OBJETIVO

Este procedimento estabelece diretrizes que visam definir uma metodologia sistemática no tocante à orientação técnica quanto à análise de segurança elétrica, garantindo assim o uso seguro do equipamento médico assistencial no paciente e usuário em relação ao risco de descargas elétricas não intencionais. A realização dos testes no equipamento médico hospitalar visa verificar o isolamento elétrico e fugas de correntes elétricas para os pacientes e usuários.

2. ABRANGÊNCIA

Este procedimento é aplicável a todos os equipamentos médico-hospitalares que integram o parque tecnológico da instituição, desde que ligado à rede elétrica e possuir aterramento.

3. CONCEITOS E SIGLAS

SIG: Sistema Informatizado de Gestão
OS: Ordem de Serviço **SS:** Solicitação de serviço **EC:** Engenharia Clínica

4. MATERIAIS

Analisador de Segurança Elétrica
Termo-higrômetro
SIG
Formulário de registro padrão do processo.

5. RESPONSÁVEIS PELA EXECUÇÃO E GERENCIAMENTO

CARGOS ENVOLVIDOS	SETOR ENVOLVIDO
Diretor	Direção
Gerência	Todos os setores
Supervisão	Operação
Técnico	Operação
Auxiliar Técnico	Operação
Estagiário Técnico	Operação
Auxiliar Administrativo	Operação
Estagiário Administrativo	Operação
Clientes	Todos os clientes

6. DESCRIÇÃO DOS PASSOS DA ATIVIDADE

A análise de segurança elétrica deve ser realizada na entrada de um novo equipamento, no retorno da manutenção externa conforme POP FST OPE009 - Aceitação Equipamentos, na verificação funcional conforme POP FST OPE001 – Admissão do Parque Tecnológico, na realização da manutenção preventiva POP FST OPE004 – Manutenção preventiva e/ou junto a calibração POP FST OPE 005 – Calibração.

6.1 EQUIPAMENTOS DA UNIDADE CABE AO AUXILIAR ADMINISTRATIVO

- Fornecer formulário Anexo 01 - Análise de Segurança Elétrica (quando aplicável);
- Receber do técnico o formulário devidamente preenchido (caso não seja acordado como atividade do técnico);
- Escanear e anexar na ordem de serviço do SIG sejam ela de aceitação, verificação funcional, manutenção

`

preventiva e /ou calibração (caso não seja acordado como atividade do técnico);
- Arquivar o formulário de segurança elétrica físico em pasta destinada na unidade. Caso seja aceitação, anexar junto ao formulário de aceitação POP FST TEC 009– Aceitação de equipamento, se for verificação funcional POP FST OPE 001 – Admissão do Parque tecnológico anexar junto ao formulário de verificação (caso não seja acordado como atividade do técnico);
- Manter o arquivo organizado por tipo de equipamento/ data.

CABE AO TÉCNICO DA FISIO-TEC

Manutenção Preventiva/ Calibração
- *Recolher o equipamento para realização da segurança elétrica conforme cronograma de manutenção preventiva/ calibração disponível do SIG.

Verificação funcional
- *Recolher o equipamento conforme levantamento patrimonial POP FST OPE 001 – Admissão de Parque tecnológico para realização da segurança elétrica.

***OBS.:RECOLHER SOMENTE SE O EQUIPAMENTO ESTIVER PASSADO PELO PROCESSO DE DESINFECÇÃO E/OU DESCONECTADO DO PACIENTE, CASO CONTRÁRIO, INFORMAR AO COORDENADOR/ RESPONSAVEL DO SETOR QUE O MESMO APÓS PROCESSO DE DESINFCÇÃO, DESCREVER NA SS:**

"Em virtude do item não estar descontaminado e/ou desconectado do paciente, o mesmo não sofrerá intervenção. O setor de Engenharia Clínica irá aguardar a execução das atividades citadas para retornar ao setor. Chefia do setor comunicado".

Aceitação
– Receber o equipamento (novo ou retorno da manutenção) para realização da segurança elétrica conforme POP FST OPE 009 – Aceitação de Equipamentos após disponibilizar para uso (se aprovado no teste);

- Antes de iniciar o processo de segurança elétrica o técnico deverá testar o analisador e analisar se os valores estão dentro das faixas pré-determinadas no formulário anexo 01- Análise de Segurança Elétrica, caso haja alguma

inconformidade, o técnico imediatamente deverá testar o Padrão (instrumento utilizado) em outro equipamento do mesmo tipo, para certificar-se se à alteração está no Padrão ou no equipamento a ser analisado. Quando o analisador de segurança elétrica possuir o teste integrado na própria carcaça, é necessário testar o padrão antes de iniciar o processo de segurança elétrica no equipamento.
Caso seja apontado que o Padrão necessite de ajuste, imediatamente o mesmo deve ser retirado de uso e enviado para laboratório certificado na grandeza (certificados rastreáveis à Rede Brasileira de Calibração) conforme autorização da direção da Fisio-Tec, para ajuste e calibração. Após substituição do Padrão, repetir o procedimento de segurança elétrica, caso seja apontado que o equipamento a ser analisado apresente alteração, o mesmo deve ser devolvido ao fornecedor.

- Verificar se as condições atmosféricas estão dentro das faixas recomendadas para realizar a calibração dos equipamentos, caso não estejam, encaminhar o equipamento para um local apropriado para execução da segurança elétrica.

Considerar os padrões:

Instrumentos da Área de Eletricidade, Temperatura e Umidade:
a) Temperatura
Recomenda-se que a temperatura ambiente não exceda os limites entre 18°C e 28°C (limites estabelecidos de acordo com a ISO 554-1976). Em qualquer situação, a temperatura ambiente não deve exceder os limites especificados pelos fabricantes dos instrumentos de medição.

b) Umidade relativa
Recomenda-se que a umidade do laboratório permaneça entre os limites 45 %ur e 70 %ur (limites estabelecidos de acordo com a ISO 554-1976). Em qualquer situação, a umidade relativa não deve exceder os limites especificados pelos fabricantes dos instrumentos de medição.

c) Alimentação elétrica

O suprimento elétrico deve atender às especificações dos instrumentos de medição. Recomenda-se que o laboratório/ local da utilização possua malha de aterramento para os equipamentos.

- Em posse do equipamento, separar o analisador e os acessórios necessários para a realização da segurança elétrica.
- Ligar o analisador na rede elétrica com aterramento (conforme voltagem descrita nos mesmos).
- Conectar o analisador no equipamento;
- Realizar todos os testes descritos no formulário de análise de segurança elétrica conforme Anexo 01 - Análise de Segurança Elétrica.
- Preencher todos os campos do formulário de segurança elétrica, inclusive com os dados do analisador que está sendo utilizado (Padrão).
- Analisar se o equipamento passou na análise de segurança elétrica, caso não tenha passado encaminhar o equipamento para manutenção corretiva conforme POP FST OPE007 – Manutenção Corretiva. Caso tenha passado no teste, anexar o formulário de análise de segurança elétrica na SS no SIG e/ou formulário de aceitação de equipamentos, formulário de verificação funcional.

OBS: A análise de Segurança Elétrica deverá ser realizada apenas em equipamentos passíveis deste tipo de análise. Exemplo: não usar em equipamentos com consumo de corrente acima do limite do analisador (Ex: motores elétricos).

- Escanear e anexar na ordem de serviço do SIG, seja ela de aceitação, verificação funcional, manutenção preventiva e /ou calibração (caso seja acordado como atividade do técnico);
- Arquivar o formulário de segurança elétrica físico em pasta destinada na unidade conforme matriz de registro. Caso seja aceitação anexar junto ao formulário de aceitação POP FST OPE 009 - Aceitação, se for verificação funcional POP FST OPE 001 – Admissão de Parque tecnológico anexar junto ao formulário de verificação (caso seja acordado como atividade do técnico);

CABE AO RESPONSÁVEL PELO SETOR (UNIDADE/ CLIENTE):

- Verificar se os equipamentos estão funcionando perfeitamente;
- Realizar a aceitação/ validação do serviço no SIG através da SS ou assinar a Ordem de Serviço validando a realização da análise.
- Acompanhar diariamente o cronograma de manutenção preventiva / calibração via SIG

(a segurança elétricafaz parte do item de check-list da preventiva/ calibração).
- Disponibilizar os equipamentos para manutenção preventiva / calibração conforme cronograma ou de formaantecipada quando acordado com o setor de Engenharia Clínica;
- Disponibilizar o equipamento apenas se o mesmo estiver passado pelo processo de desinfecção conforme NR32 e desconectado do paciente.
- Testar o equipamento na devolução (após manutenção/ aceitação/ verificação funcional).
- Validar/ Aceitar a manutenção preventiva/ calibração (segurança elétrica) através da ordem de serviço no SIG.(Apenas em clientes que possuem acesso)
- Autorizar a data da visita (clientes que não possuem equipe locada na unidade)

6.2 EQUIPAMENTOS PARCEIROS E MÉDICOS

CABE AO AUXILIAR ADMINISTRATIVO e/ou SUPERVISOR TÉCNICO DA FISIO-TEC:

- Solicitar (anualmente ou assim que entrarem na unidade) aos parceiros presentes dentro da unidade (cliente) o cronograma de manutenção preventiva/ calibração/ segurança elétrica todos os equipamentos fixos e rotativos disponíveis na unidade.
- Lançar o cronograma no Controle Equipamentos de Médicos e Parceiros disponível no ONE DRIVE.
- Recolher mensalmente as evidências das manutenções preventivas / calibrações / segurança elétrica dos parceiros dentro da unidade de saúde conforme cronograma de manutenção preventiva/ calibração disponibilizado por ele. Caso haja recusa na disponibilização das evidências, aplicar não conformidade/ Notificação e se ainda persistir, comunicar formalmente a situação ao Gerente de Enfermagem/ Responsável pelo contrato/ Direção da unidade para que seja tomada uma ação efetiva.
- Arquivar a SS dos parceiros e médicos no OneDrive e/ou em pasta física identificada e realizar controle atravésda planilha disponível no OneDrive.

CABE AO TÉCNICO/ SUPERVISOR/ COORDENADOR/ ENGENHARIA DA FISIO-TEC:

- Analisar se o laudo de segurança elétrica possui todas as informações necessárias que garantem a segurança elétrica do equipamento. Exemplo: checklist do que foi realizado, data, hora, dados dos equipamentos, padrão utilizado, pontos calibrados e validação dos parâmetros.
- Arquivar a SS dos parceiros e médicos no OneDrive e/ou em pasta física identificada e realizar controle atravésda planilha disponível no OneDrive.

7. PONTOS CRÍTICOS / RISCOS

- Não realização de segurança elétrica após finalização de manutenção corretiva;
- Não realização da segurança elétrica do equipamento;
- Realização de segurança elétrica fora dos parâmetros corretos;
- Não acompanhar o plano de segurança elétrica dos parceiros do cliente;
- Não notificar os parceiros do cliente quando houver não conformidades quanto ao envio do plano de segurançaelétrica e/ou evidências do serviço.

8. NORMAS E REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Associação Brasileira de Normas Técnicas. NBR ISSO 10012: Sistemas de gestão de medição – Requisitos paraos processos de medição e equipamentos de medição. ABNT, 2004.

Associação Brasileira de Normas Técnicas. NBR ISSO/IEC 17025: Requisitos gerais para a competência delaboratórios de ensaio e calibração. ABNT, 2005.

Vocabulário Internacional de Metrologia: Conceitos fundamentais e gerais e termos associados (VIM 2012). Duque de Caxias, RJ: INMETRO, 2012.

Associação Brasileira de Normas Técnicas. NBR IEC 60601-1-1: Esta Norma se aplica a segurança de sistemas eletromédicos. Descreve as prescrições de segurança relativas aos sistemas eletromédicos no intuito de possibilitar a proteção do paciente, do operador e do ambiente. ABNT, 2004.

Segurança em instalações e serviços em eletricidade. NR10. Estabelece os requisitos e condições mínimas para garantir a segurança e a saúde dos trabalhadores que interagem em instalações elétricas.

9. ANEXOS

Anexo 01 – Análise de Segurança Elétrica

10. REGISTROS

Nome do registro	Local de arquivamento	Responsável pelo arquivamento	Tempo de retenção	Descarte
Análise de Segurança Elétrica	SIG e pasta localizada no armário do setor da Engenharia Clínica	Assistente e Auxiliar Administrativo e/ou Auxiliar Técnico	02 anos físico	Picote

11. HISTÓRICO DAS ALTERAÇÕES

REVISÃO	Nº ITEM	NATUREZA DAS ALTERAÇÕES
00	Todos	Criação do Documento
01	05	Mudança de função
01	09	Melhoria no formulário

NOTAS
Este procedimento é dinâmico e está sujeito a alterações. Para seu aprimoramento, comentários e sugestões, as críticas devem ser encaminhadas para o SGQ.
As cópias deste documento são controladas pelo SGQ e cabe ao mesmo atualizar e emitir novas versões, sempre que houver uma atualização.

1. OBJETIVO

Tem como objetivo informar sobre o processo de manutenção corretiva que ocorre nos equipamentos médico- hospitalares quando apresentam falhas de funcionamento, podendo ser uma falha permanente ou intermitente.

2. ABRANGÊNCIA

Este procedimento é aplicável a todos os equipamentos médico-hospitalares que integram o parque tecnológicoda instituição.

3. CONCEITOS E SIGLAS

SIG: Sistema Informatizado de Gestão
OS: Ordem de Serviço
SS: Solicitação de Serviço
EC: ngenharia Clínica

4. MATERIAIS

Manual de serviço Mala de ferramentas Luvas
SIG

5. RESPONSÁVEIS PELA EXECUÇÃO E GERENCIAMENTO

CARGOS ENVOLVIDOS	SETOR ENVOLVIDO
Diretor	Direção
Gerencia	Todos os setores
Supervisão	Operação
Técnico	Operação
Auxiliar Técnico	Operação
Estagiário Técnico	Operação
Auxiliar Administrativo	Operação

Estagiário Administrativo	Operação
Clientes	Todos os clientes

6. DESCRIÇÃO DOS PASSOS DA ATIVIDADE

A atividade de manutenção corretiva é realizada mediante chamado via SIG.

6.1. ATENDIMENTO SOLICITAÇÃO DE MANUTENÇÃO COMPETE AO CLIENTE E AO RESPONSÁVEL PELO SETOR:

- Definir a gravidade de cada equipamentos para elaboração do GUT, conforme anexo 06- Formulário de GUT x SLA. Obs: Para elaboração da GUTxSLA deve ser levado em consideração o que predomina a RDC 185, RDC 07/2010, Resolução CFM 2.174/ 2017, Resolução Nº 36/2008, Plano de contingência da unidade, quantidade de equipamentos disponíveis, relatório MC x MP, tipo de serviço (especialidade), boas práticas e outros.
- Abrir chamado para manutenção corretiva via SIG detalhando o ocorrido no campo "Serviços a realizar / Detalhar Problema"
- Acompanhar situação equipamentos via *SIG*;
- Testar equipamento após devolução do técnico;
- Realizar a aceitação/ validação do serviço no SIG através da SS (Menu SS encerradas).
- Realizar compra material (acessórios). (Se aplicável)

Obs: No caso de processo licitatório, seguir GUT e SLA conforme edital.

COMPETE AO AUXILIAR ADMINISTRATIVO DA FISIOTEC:

- Acompanhar o SIG diariamente, durante os períodos da manhã e tarde, quanto às solicitações dos clientes e os atendimentos dos técnicos.
- Informar ao técnico para que seja classificado a tendência que faz parte da matriz GUT (Gravidade x Urgência x Tendência)
- Realizar solicitação de orçamentos de materiais e acompanhar processo de compras realizando as alterações necessárias no campo "Evolução" da SS do SIG conforme. Utilizar

- **Anexo 01 - Tabela I – Descrição de Evoluções**
- Entrar em contato com o fabricante/ assistência técnica quando solicitado pelo técnico;
- Arquivar treinamentos e as orientações de uso em casos de "falha operacional" na pasta

de treinamentos e na SS do SIG;

- Compilar informações para cadastro de ocorrência e análises críticas de indicadores de resultado
- Atender o processo de contingência descrito abaixo, quando necessário.
- Lançar ordem de serviço da contingência (se existir).

COMPETE AO TÉCNICO/ AUXILIAR TÉCNICO DA FISIOTEC:

ATENDIMENTO INICIAL

- Acompanhar o SIG diariamente, durante os períodos da manhã e tarde, e realizar atendimento conforme a GUT. (Priorização de atendimento de acordo com a criticidade)
- Avaliar o tipo de chamado de acordo com o Anexo 02 - Tabela II – Tipos de Chamado e proceder conforme referenciado na tabela. Obs.: Chamados abertos pelo solicitante, deveram ser apenas dos tipos "Corretivo" ou "Evento Adverso".
- Alterar a tendência no sistema (obrigatório) que faz parte da matriz GUT (Gravidade x Urgência x Tendência).
- Dirigir-se até a unidade/setor do chamado munido de ferramentas e realizar a avaliação técnica inicial do chamado.

Obs¹.: Caso o técnico identifique que o tipo de chamado foi classificado erroneamente pelo usuário, o mesmo deverá ser alterado para o tipo de chamado correto e justificado no campo"Avaliação/Conclusão".

Obs².: Caso, o chamado tenha sido para outro equipamento diferente do descrito na SS, o técnico não poderá atender e deverá proceder com o encerramento da SS informando que o equipamento do chamado se encontra em perfeito funcionamento. Orientar o solicitante para que seja aberto um novo chamado corretamente para o equipamento que necessita intervenção técnica.

- Procurar responsável do setor e/ou solicitante do chamado para apresentar-se e obter maiores informações sobre a falha/defeito. Para continuidade do atendimento é obrigatório que:

  - O item a sofrer intervenção (equipamento, acessório, etc.) deverá estar desconectado do paciente e fora de uso;
  - O item deverá ter sido submetido a prévia descontaminação;

Caso algum dos itens acima não tenha estejam de acordo, o técnico deverá registrar no campo"Avaliação/Conclusão" o seguinte texto:

"Em virtude do item não estar descontaminado e/ou desconectado do paciente, o mesmo não sofrerá intervenção. O setor de Engenharia Clínica vai aguardar a execução das atividades citadas para retornar ao setor. Chefia do setor

comunicado".

- O atendimento só terá continuidade após as atividades acima citadas terem sido realizadas. Disponibilizar o equipamento apenas se o mesmo estiver passado pelo processo de desinfecção conforme NR32 e desconectado do paciente.

IDENTIFICAÇÃO DE FALHA

- Antes do início de qualquer intervenção, o técnico designado deverá verificar a qual tipo de falha a solicitação de manutenção corretiva deverá ser enquadrada conforme **Anexo 03 - Tabela III – Tipos de Falhas** e proceder conforme orientação das ações a serem tomadas. **ATENÇÃO:** Falha Operacional - Mau uso ou problemas de conexão (Evitar a abertura de um equipamento cuja falha pode ser simplesmente devido a erro de operação, queima de fusível ou qualquer outra causa de fácil solução);

EVOLUÇÃO DO ATENDIMENTO – SEM NECESSIDADE DE MATERIAL OU MANUTENÇÃO EXTERNA

- Após validação do tipo de chamado, análise do equipamento e classificação da falha, o técnico deverá então realizar os devidos reparos caso não sejam necessários materiais ou envio para manutenção externa.

Uma vez realizado o reparo do equipamento, o técnico deverá preencher o campo de evolução da ordem de SS no SIG.

- No campo "Avaliação/Conclusão" o técnico deverá informar minuciosamente os problemas identificados e os serviços executados no equipamento. **Exemplo:**

Avaliação: Foi diagnosticado que o equipamento não estava ligado na tomada, por isso não estava funcionando; **Conclusão:** O equipamento foi ligado corretamente (tomada 110V) e funcionou. Classificar como falha operacional.

Neste caso, será necessária uma orientação, pois o equipamento não possuía nenhuma falha. Abrir uma SS (pode ser SS filha) para registrar a orientação realizada "quanto ao uso correto para ligar o equipamento" (neste exemplo). Colher a assinatura de quem recebeu a orientação, registrar via SS (impressa) ou no registro de treinamento. Não esqueça de colher assinatura dos orientados.

- Após preencher os campos de: evolução, avaliação/conclusão, tipo de falha, técnico designado e inserção de horas trabalhada, a SS deverá ser encerrada.

Obs.: Se o técnico não conseguir identificar ou reparar a falha/defeito em 48h,

então deverá comunicar o problema para a Supervisão/Gerencia/Diretoria. Caso a dificuldade continue a ocorrer, ou o item seja de alta complexidade tecnológica, será necessário entrar em contato com o fabricante e/ou a assistência técnica autorizada. Registrando o ocorrido no campo "Avaliação/Conclusão "na SS.

EVOLUÇÃO DO ATENDIMENTO – C/ NECESSIDADE DE ENVIO PARA MANUTENÇÃO EXTERNA /ATENDIMENTO EXTERNO

- Após validação do tipo de chamado, análise do equipamento e classificação da falha, o técnico deverá então realizar os devidos reparos. Caso não seja possível realizar o reparo e seja avaliada a necessidade de manutenção externa, o equipamento deve ser enviado para manutenção ao fabricante e/ou assistente técnico ou o técnico destes locais devem comparecer até a unidade.

- Na saída do equipamento, realizar a evolução no sistema conforme **Anexo 01 - Tabela I – Descrição de Evoluções** e proceder conforme POP FST OPE 008 – Movimentação de Equipamentos.

- No retorno do equipamento, realizar a evolução no sistema conforme **Anexo 01 - Tabela I – Descrição de Evoluções** e proceder conforme POP FST OPE 008 – Movimentação de Equipamentos.

- No retorno do equipamento, o mesmo deve passar pelo processo de aceitação POP FST 009 – Aceitação de Equipamentos, após este processo, liberar equipamento para setor. O técnico deve anexar a SS do fabricante e/ou assistente técnico na SS da unidade no SIG e registrar todo ocorrido no campo ""**"Avaliação/Conclusão".**

Obs.: Se o fabricante e/ou assistente técnico comparecerem na unidade para avaliação/reparo do equipamento, o técnico deverá acompanhar todo o trabalho realizado e anexar a SS do fabricante e/ou assistente técnico na SS da unidade e registrar todo o corrido e horas gastas.

EVOLUÇÃO DO ATENDIMENTO – C/ NECESSIDADE DE AQUISIÇÃO DE MATERIAIS

- Após validação do tipo de chamado, análise do equipamento e classificação da falha, o técnico deverá então realizar os devidos reparos. Caso não seja possível realizar o reparo e seja avaliada a necessidade de aquisição de peças, acessórios ou componentes registrar os materiais necessários para compra no campo "Avaliação/Conclusão" e mudar o campo "Evolução" conforme **Anexo 01 - Tabela I – Descrição de Evoluções.**

- Acompanhar o Auxiliar Administrativo e responsáveis da unidade na compra desses materiais e após a chegada do material, realizar os devidos reparos registrando no campo "Avaliação/Conclusão". **Exemplo:**

Avaliação: Foi identificado que o sensor usado no monitor multiparâmetro era incompatível com a marca. **Conclusão:** Foi orientado ao setor a realização de compra do acessório compatível com o monitor para que então o reparo pudesse ser realizado. (Consultar na unidade quem é o responsável pela solicitação de acessórios).

Obs¹.: Caso já tenha o material na unidade, registrar a utilização do mesmo na SS no campo "Produtos". Se o mesmo não tiver cadastro para lançamento, solicitar ao Auxiliar Administrativo para que disponibilize o item no SIG.
Obs².: Se o equipamento ficar aguardando peça ou parado por qualquer outro motivo na Engenharia Clínica, utilizar a Etiqueta de identificação conforme Anexo 04 - Etiqueta de identificação.

6.2. CONTINGÊNCIA (FALHA DO SIG):

- Na ausência do *SIG*, o setor solicitante deverá abrir o chamado via telefone/ email, e a equipe do setor de Engenharia Clínica utilizará o formulário de **Ordem de serviço em branco** conforme Anexo 05 - Ordem de Serviço (Contingência), para preenchimento da solicitação e execução do serviço pelo técnico.

Obs: Após solucionar problema no SIG, o Auxilia ADM da Engenharia Clínica deverá lançar OS (Contingência) no SIG.

6.3. PRIORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO DE ACORDO COM A CRITICIDADE

- Os técnicos devem atender aos chamados seguindo a prioridade imposta pela criticidade do equipamento (GUT), onde no cadastro do equipamento será informada a gravidade de cada equipamento (a gravidade é fornecida pelo cliente).
- Na abertura do chamado o setor informará sua urgência de atendimento e o técnico da engenharia clínica avaliará sua tendência.

A partir desta análise os atendimentos serão realizados dentro do critério da maior para a menor GUT, dentro dos prazos descritos abaixo e conforme o Anexo 06 – Formulário de GUT x SLA:

Obs: Para elaboração da GUTxSLA deve ser levado em consideração o que predomina a RDC 185, RDC 07/2010, Resolução CFM 2.174/ 2017, Resolução Nº 36/2008, Plano de contingência da unidade, quantidade de equipamentos disponíveis, tipo de serviço (especialidade) e boas práticas.

CRITÉRIOS PARA PRIORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO		
GUT Mínima	**GUT Máxima**	**Tempo máximo para o atendimento (Horas Úteis)**
100	125	Acordado com cada unidade
80	99	Acordado com cada unidade
40	79	Acordado com cada unidade
0	39	Acordado com cada unidade

6.4. PRESTADORES DE SERVIÇOS

- Quando houver necessidade de contratação de prestadores de serviços externos, para manutenção e/ou serviços relacionados à Engenharia Clínica, a qualificação deverá ser realizada conforme Gestão de Fornecedores estabelecida pela instituição, exceto em casos que a Fisio-Tec é a responsável financeira pela aquisição de peças/serviços. No caso da avaliação, a mesma deve ser realizada apenas para prestadores de serviços esporádicos.

6.5. ATENDIMENTO DE EMERGENGIA COMPETE A GERÊNCIA

- Disponibilizar mensalmente na intranet nos últimos dias do mês a escala de sobreaviso do mês seguinte. A escala deve contemplar nome do técnico de plantão, horário de atendimento sobreaviso e telefones de contato.

COMPETE AO AUXILIAR ADMINISTRATIVO:

- Enviar nos últimos dias do mês a escala de sobreaviso do mês seguinte para os clientes/ setores. A escala deve contemplar nome do técnico de plantão, horário de atendimento sobreaviso e telefones de contato.

7. PONTOS CRÍTICOS / RISCOS

- Não atendimento aos prazos estipulados em GUT;
- Não atendimento aos prazos estipulados em SLA;

- Não realização de abertura de chamado via Sistema Integrado de Gestão – SIG;
- Não validação da execução de manutenções corretivas pelos responsáveis das áreas.

8. NORMAS E REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Associação Brasileira de Normas Técnicas. NBR 5462: Confiabilidade e mantenabilidade. Rio de Janeiro: ABNT,1994.

Resolução da Diretoria Colegiada RDC N° 185, 22 de outubro de 2001. Registro, alteração, revalidação ecancelamento de registro de produtos médicos na ANVISA.

Associação Brasileira de Normas Técnicas. NBR 15943: Diretrizes para um programa de gerenciamento de equipamentos de infraestrutura de serviços de saúde e de equipamentos para a saúde. Rio de Janeiro: ABNT, 2011.

BRASIL. ANVISA. Manual de Tecnovigilância: abordagens de vigilância sanitária de produtos para a saúdecomercializados no Brasil. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Equipamentos Médico-hospitalares e o Gerenciamento da Manutenção, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Equipamentos para estabelecimentos assistenciais de saúde; planejamento e dimensionamento. Brasília, 1994. 239p.

BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. NR 32 - Segurança e saúde no trabalho em serviços de saúde. Portaria GM n. 1.748, de 30 de agosto de 2011. Diário Oficial da União, 31/08/2011.

BRONZINO, J.D. Management of medical technology: a primer for clinical engineers. Stoneham: Butterworth-Heinemann, 1992. 452p.

CALIL, S. J. & TEIXEIRA, M. S., Saúde & Cidadania: Gerenciamento de Manutenção em EquipamentosHospitalares – São Paulo: AGWM Artes Gráficas,1998. 127p.

FENNIGKOH, L. & SMITH, B. Clinical Equipment Management.JCAHO Plant Safety Technology and Safety Management Standard Series, n.2, 1989. 1:5-14.

MOUSSAVI, S. & WHITMORE, K. Review of Scheduled Performance Assurance Inspections.Journal of ClinicalEngineering - v.18 mar/abr, 1993. p. 159-164.

Manual da ONA - Gestão de Equipamentos e Tecnologia Médico-hospitalar. Souza et al. Gestão da Manutenção em Serviços de Saúde., ed. *Blucher*, 2010.

9. ANEXOS

Anexo 01 - Tabela I – Descrição de Evoluções **Anexo 02 -** Tabela II – Tipos de Chamado **Anexo 03** - Tabela III – Tipos de Falhas **Anexo 04 -** Etiqueta de identificação

Anexo 05 - Ordem de Serviço (Contingência)

Anexo 06 - Formulário de GUT x SLA

10. REGISTROS

Nome do registro	Local de arquivamen	Responsável pelo	Tempo de	Descarte

	to	arquivamento	retenção	
Etiqueta de identificação	Pasta localizada no armário (FIS-058) do setor e na pasta da respectiva Unidade (OneDrive) e SIG	Assistente Administrativo	02 anos físico	Picote
Ordem de Serviço (Contingência)	Pasta localizada no armário (FIS-058) do setor e na pasta da respectiva Unidade (OneDrive) e SIG	Assistente Administrativo	02 anos físico	Picote
Formulário de GUT x SLA	Pasta localizadano armário (FIS-058) do setor e na pasta da respectiva Unidade (OneDrive)	Assistente Administrativo	02 anos físico	Picote

11. HISTÓRICO DAS ALTERAÇÕES

REVISÃO	Nº ITEM	NATUREZA DAS ALTERAÇÕES
00	Todos	Criação do Documento
01	05	Mudança de função
01	06	Melhoria do processo
01	09	Melhoria no formulário

NOTAS
Este procedimento é dinâmico e está sujeito a alterações. Para seu aprimoramento, comentários e sugestões, as críticas devem ser encaminhadas para o SGQ.
As cópias deste documento são controladas pelo SGQ e cabe ao mesmo atualizar e emitir novas versões, sempre que houver uma atualização.

1. OBJETIVO

Manter o controle sobre a movimentação dos equipamentos (chegada e saída do serviço de saúde) minimizando riscos de extravios e garantindo o retorno deles.

2. ABRANGÊNCIA

Todos os equipamentos e acessórios do parque tecnológico do serviço de saúde.
Qualquer entrada de equipamento na instituição deverá passar pelos procedimentos abaixo, seja por aquisição, locação, empréstimo, demonstração, retorno de manutenção e contrato de comodato.

3. CONCEITOS E SIGLAS

SIG: Sistema Informatizado de Gestão
OS: Ordem de Serviço **SS:** Solicitação de Serviço **NF:** Nota Fiscal
EC: Engenharia Clínica

4. MATERIAIS

Formulário do processo

5. RESPONSÁVEIS PELA EXECUÇÃO E GERENCIAMENTO

CARGOS ENVOLVIDOS	SETOR ENVOLVIDO
Diretor	Direção
Gerente	Todos os setores
Supervisão	Operação
Técnico	Operação
Auxiliar Técnico	Operação
Estagiário Técnico	Operação
Auxiliar Administrativo	Operação
Estagiário Administrativo	Operação
Clientes	Todos os clientes

6. DESCRIÇÃO DOS PASSOS DA ATIVIDADE

6.1 ENTRADA DE EQUIPAMENTO (MOVIMENTAÇÃO)

6.1.1 MOVIMENTAÇÃO EQUIPAMENTOS NOVOS

CABE A UNIDADE/ CLIENTE (SETOR DO ALMOXARIFADO/ SUPRIMENTOS/ PORTARIA DA INSTITUIÇÃO/PATRIMÔNIO):

- Informar à Engenharia Clínica que o equipamento está disponível para entrada/ retirada;
- Disponibilizar cópia de NF à Engenharia Clínica;
- Patrimoniar o equipamento (aplicável somente para equipamento novo e após aceitação Engenharia Clínica);
- Encaminhar para setor de destino após aceitação da Engenhara Clínica (Se esse processo não estiveramarrado a EC).

CABE À DIREÇÃO/ GERÊNCIA/ SUPERVISÃO DA FISIO-TEC:

- Alinhar com o responsável pelo contrato/ direção do cliente o processo de movimentação da Fisio-Tec com o jáexistente na unidade.

CABE AO AUXILIAR ADMINISTRATIVO DA FISIO-TEC:

- Receber o comunicado do cliente (Almoxarifado/ Suprimentos/ Portaria/ Patrimônio) (via telefone), que o equipamento chegou na instituição e está disponível para Fisio-Tec;

- Solicitar ao técnico/ Auxiliar Técnico da Fisio-Tec que retire o equipamento do Almoxarifado / - Suprimentos/ Portaria/ Patrimônio junto com a NF correspondente ao equipamento;
- Preencher todos os campos do Anexo 01 - Movimentação de Equipamento. Registrar também os respectivos acessórios;
- Coletar assinatura do responsável pela entrega na unidade (se possível) e do setor de entrega (Almoxarifado/ Suprimentos/ Portaria/ Patrimônio) no formulário;
- Realizar cadastro do equipamento no SIG assim que o equipamento chegar na unidade e abrir ordem de serviço para aceitação do equipamento conforme POP FST OPE 009 – Aceitação de equipamentos, após anexar documentação na OS de Aceitação e criar o cronograma de manutenção preventiva.

OBS.: Conforme descrito nas atividades administrativas, criar uma pasta em arquivo físico, dentro da pasta criar outra pasta com entradas pendentes, saídas pendentes e concluídos, ou seja, tudo que é da unidade e saiu tem quem voltar e tudo que entrou e não é da unidade um dia irá sair, desta forma fechamos o processo e deixamos arquivado em concluídos. Para equipamentos novos, riscar o campo saída e encerrar o processo.

CABE AO TÉCNICO DA ENGENHARIA CLÍNICA:
- Conferir o equipamento com a NF na presença do (a) responsável da unidade (Almoxarifado/ Suprimentos/ Portaria/ Patrimônio), para checar que o equipamento e acessórios estão conforme NF. Caso esteja faltando algum item, o equipamento não deverá ser retirado e nem encaminhado para o processo de aceitação. Caso esteja de acordo, encaminhar o equipamento para o processo de aceitação POP FST OPE 009 – Aceitação de equipamentos.

6.1.2 MOVIMENTAÇÃO EQUIPAMENTOS EXISTENTES NA UNIDADE

CABE AO SETOR DO ALMOXARIFADO/ SUPRIMENTOS/ PORTARIA DA INSTITUIÇÃO/ PATRIMÔNIO:

- Informar à Engenharia Clínica que o equipamento está disponível para entrada/ retirada;
- Disponibilizar cópia de NF à Engenharia Clínica;
- Encaminhar para setor de destino após aceitação da Engenhara Clínica (Se esse processo não estiveramarrado a EC).

CABE AO AUXILIAR ADMINISTRATIVO DA FISIO-TEC:

- Receber o comunicado do cliente (Almoxarifado/ Suprimentos/ Portaria/ Patrimônio) (via telefone), que o equipamento chegou na instituição e está disponível para Fisio-Tec;
- Solicitar ao técnico da Fisio-Tec que retire o equipamento do Almoxarifado / - Suprimentos/ Portaria/ Patrimôniojunto com a NF correspondente ao equipamento;
- Preencher todos os campos do Anexo 01 - Movimentação de Equipamento. Registrar também os respectivos acessórios, usar o mesmo formulário o qual foi registrado a saída. Após a saída e entrada estarem preenchidas, colocar na pasta de concluídos.
- Coletar assinatura do responsável pela entrega na unidade (se possível) e do setor de entrega (Almoxarifado/ Suprimentos/ Portaria/ Patrimônio) no formulário;
- Abrir ordem de serviço para aceitação do equipamento conforme POP FST OPE 009 – Aceitação de equipamentos, após anexar documentação na OS de Aceitação.

Realizar a movimentação no SIG.

OBS.: Conforme descrito POP FST OPE 019 de atividades administrativas, criar uma pasta em arquivo físico, dentro da pasta criar outra pasta com entradas pendentes, saídas pendentes e concluídos, ou seja, tudo que éda unidade e saiu tem quem voltar e tudo que entrou e não é da unidade um dia irá sair, desta forma fechamos o processo e deixamos arquivado em concluídos. Para equipamentos novos, riscar o campo saída e encerrar o processo.

CABE AO TÉCNICO DA FISIO-TEC:

- Conferir o equipamento com a NF na presença do (a) responsável da unidade (Almoxarifado/ Suprimentos/ Portaria/ Patrimônio), para checar que o equipamento e acessórios estão conforme NF e controle de saída. Caso esteja faltando algum item, o equipamento não deverá ser retirado e nem encaminhado para o processo de aceitação. Caso esteja de acordo, encaminhar o equipamento para o processo de aceitação POP FST OPE 009

– Aceitação de equipamentos.

6.2 SAÍDA DE EQUIPAMENTO (MOVIMENTAÇÃO)

CABE AO AUXILIAR ADMINISTRATIVO DA FISIO-TEC:

- Solicitar ao Técnico que disponibilize o equipamento em embalagem adequada para transporte;
- Preencher todos os campos do formulário de movimentação e coletar assinaturas mencionadas. (Principalmente a da unidade/ cliente);

- Descrever no campo observação do formulário de movimentação todos os acessórios que estão saindo junto com o equipamento;
- Realizar a movimentação no SIG.
- No caso de baixa/ desativação do equipamento passar para a supervisão/ coordenação/ gerência da Fisio-tec para que seja realizado procedimento de acordo com o POP FST OPE 015 – Obsolescência e Baixa de equipamento.
- Solicitar NF de transporte ao setor fiscal da unidade (cliente).
- Chamar transportadora / correio ou transporte definido pela unidade.
- Disponibilizar o equipamento para envio já embalado e seguro para transporte.

CABE AO TÉCNICO ENGENHARIA DA FISIO-TEC:

- Recolher o equipamento no setor (cliente);
- Embalar de forma segura para transporte.
- Anotar todos os acessórios que estão saindo junto com o equipamento;
- Disponibilizar em local de fácil acesso para retirada para transporte.

7. PONTOS CRÍTICOS / RISCOS

- Não realização da movimentação dos equipamentos

8. NORMAS E REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Manual de Tecnovigilância

ABNT NBR 15943 - Diretrizes para um programa de gerenciamento de equipamentos de infraestrutura deserviços de saúde e de equipamentos para a saúde.

RESOLUÇÃO N° 2:2010 – Dispõe sobre o gerenciamento de tecnologias em saúde em estabelecimento desaúde.

Boas práticas para aquisição de equipamentos Médicos- hospitalares – ANVISA
Equipamentos médico-hospitalares e o gerenciamento da manutenção – Ministério da Saúde, Brasilia, DF, 2002. Guia para elaboração do Plano de Gestão de equipamentos – Ministério da Saúde, Brasilia, DF, 2012.
Manual para Regularização de Equipamentos Médicos na ANVISA, 2017

9. ANEXOS

Anexo 01 - Movimentação de Equipamento

10. REGISTROS

Nome do registro	Local de arquivamento	Responsável pelo arquivamento	Tempo de retenção	Descarte
Movimentação de Equipamento	Pasta localizada no armário do setor da Engenharia Clínica	Assistente e Auxiliar Administrativo e/ou Auxiliar Técnico	02 anos físico	Picote

11. HISTÓRICO DAS ALTERAÇÕES

REVISÃO	Nº ITEM	NATUREZA DAS ALTERAÇÕES
00	Todos	Criação do Documento
01	05	Mudança de função
01	06	Melhoria do processo

NOTAS
Este procedimento é dinâmico e está sujeito a alterações. Para seu aprimoramento, comentários e sugestões, as críticas devem ser encaminhadas para o SGQ.
As cópias deste documento são controladas pelo SGQ e cabe ao mesmo atualizar e emitir novas versões, sempre que houver uma atualização.

POP ENG CL 009 - ACEITAÇÃO DE EQUIPAMENTO

1. OBJETIVO

Garantir o uso seguro dos equipamentos nos pacientes através da aceitação (verificação), na entrada naunidade, através de testes de funcionalidade, análise de segurança elétrica e calibração.

2. ABRANGÊNCIA

Todos os equipamentos médico-hospitalares do parque tecnológico do serviço de saúde. Qualquer entrada de equipamento na instituição deverá passar pelos procedimentos abaixo, seja por aquisição, locação, empréstimo, demonstração, retorno de manutenção e contrato de comodato.

3. CONCEITOS E SIGLAS

SIG: Sistema Informatizado de Gestão
OS: Ordem de Serviço
SS: Solicitação de Serviço
NF: Nota Fiscal
EC: Engenharia Clínica

4. MATERIAIS

Formulários de registro do processo;
Analisador de Segurança Elétrica devidamente calibrado com rastreabilidade RBC;
Padrão específico para cada equipamento devidamente calibrado com rastreabilidade RBC; Software Certificados;
SIG.

5. RESPONSÁVEIS PELA EXECUÇÃO E GERENCIAMENTO

CARGOS ENVOLVIDOS	SETOR ENVOLVIDO
Diretor	Direção

Gerencia	Todos os setores
Supervisão	Operação
Técnico	Operação
Auxiliar Técnico	Operação
Estagiário Técnico	Operação
Auxiliar Administrativo	Operação
Estagiário Administrativo	Operação
Clientes	Todos os clientes

6. DESCRIÇÃO DOS PASSOS DA ATIVIDADE

Após processo de movimentação POP FST OPE 008 – MOVIMENTAÇÃO DE EQUIPAMENTOS, todo equipamento deve passar por uma Aceitação que é composto de: teste de funcionalidade, Análise Segurança Elétrica e Calibração.

Nota[1]: O processo de aceitação deverá ser realizado no prazo máximo de 10 dias após movimentação ou conforme programação de entrega informada pelo setor de compras.

COMPETE A DIREÇÃO/ GERENCIA/ SUPERVISÃO DA FISIO-TEC:

- Orientar quanto à adequação do plano de manutenção preventiva e calibração do equipamento conforme orientação do fabricante e/ou legislação (periodicidade, *Checklist*) e/ou necessidades do setor;

Obs: Como é um equipamento novo, consultar o prazo de garantia para adequação do cronograma de manutenção.

COMPETE AO AUXILIAR ADMINISTRATIVO DA FISIO-TEC:

- Disponibilizar formulário conforme Anexo 01 - Aceitação do Equipamento, formulário de Análise Segurança Elétrica conforme POP FST OPE 006 - Análise Segurança elétrica e formulário de Calibração conforme POP FST OPE 005 - Calibração ao Técnico;
- Conferir se cópia da NF está junto ao formulário de Aceitação de Equipamentos (equipamentos novos e retorno de manutenção externa);
- Identificar no formulário o tipo de entrada (Aquisição – substituição parque tecnológico, Aquisição – aumento parque tecnológico, retorno manutenção, comodato, demonstração, empréstimo, devolução, locação ou doação);

- Cadastrar o equipamento no SIG (equipamento novos).
- Solicitar ao fornecedor o manual em meio digital e anexar na biblioteca do sismetro.
- Criar plano de Manutenção Preventiva e Calibração após aceitação do técnico. Colocar a periodicidade que deve ser de acordo com a orientação da Supervisão/ Coordenação/ Engenharia ou manual do fabricante;
- Verificar junto ao setor de compras se o treinamento foi lançado na compra do equipamento;
- Abrir SS de aceitação para registro de horas dos técnicos, logo após o cadastro.
- Agendar treinamento com o fornecedor caso seja notificado no formulário de aceitação pelos setores (clientes)e comunicar a todos os interessados;

OBS.: Entrar em contato com o fornecedor e pedir autorização formal (e-mail) para abrir a caixa e instalar equipamento médico-hospitalar. Caso não seja autorizado, aguardar visita do mesmo. No ato da visita seguir os procedimentos descritos acima.

OBS: Para oS auxiliares Administrativos locais, executar todas as atividades acima, para oS auxiliares administrativos de suporte (sede) as atividades de cadastramento e registro no sistema ficam por conta do técnico executante. O Auxiliar administrativo sede fica como apoio e poderá ajudar o técnico nessas atividades.

COMPETE AO TÉCNICO/ AUXILIAR TÉCNICO DA FISIO-TEC:

- Fazer os testes de funcionamento.
- Fazer Análise de Segurança Elétrica quando aplicável, conforme POP FST OPE 006 - Análise Segurançaelétrica;
- Fazer calibração quando aplicável, conforme POP FST OPE 005 - Calibração;
- Preencher o formulário de aceitação conforme Anexo 01 - Aceitação do Equipamento.
- Verificar junto ao enfermeiro responsável pelo setor a necessidade de treinamento;
- Solicitar o aceite da área assistencial no formulário Anexo 01 - Aceitação do Equipamento;
- Solicitar ao auxiliar administrativo que gere o certificado e colocar junto aos demais documentos na SS.
- Cadastrar o equipamento no SIG (equipamento novos).
- Solicitar ao fornecedor o manual em meio digital e anexar na biblioteca do sismetro.
- Criar plano de Manutenção Preventiva e Calibração após aceitação do técnico. Colocar a periodicidade que deve ser de acordo com a orientação da Supervisão/ Coordenação/ Engenharia ou manual do fabricante;
- Verificar junto ao setor de compras se o treinamento foi lançado na compra do equipamento;

- Abrir SS de aceitação para registro de horas dos técnicos, logo após o cadastro.
- Agendar treinamento com o fornecedor caso seja notificado no formulário de aceitação pelos setores (clientes) e comunicar a todos os interessados;
OBS.: Entrar em contato com o fornecedor e pedir autorização formal (e-mail) para abrir a caixa e instalar equipamento médico-hospitalar. Caso não seja autorizado, aguardar visita do mesmo. No ato da visita seguir os procedimentos descritos acima.
- Fechar a SS informado o que foi realizado.
- Entregar para o auxiliar administrativo a aceitação, nf, análise segurança elétrica e calibração, para arquivamento em meio físico;

COMPETE AO RESPONSAVEL DA UNIDADE:

Receber o equipamento; Testar o equipamento;
Pontuar a necessidade de treinamento; Assinar formulário de aceitação.

7. PONTOS CRÍTICOS / RISCOS

- Não realização da aceitação / verificação funcional de equipamento;
- Erro no registro da aceitação / verificação funcional de equipamento.

8. NORMAS E REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

NR32 **-** Segurança e Saúde no Trabalho em
Serviço de Saúde Manual de Tecnovigilância
ABNT NBR 15943 - Diretrizes para um programa de gerenciamento de equipamentos de infraestrutura de serviços de saúde e de equipamentos para a saúde.

ABNT NBR ISSO/ IEC 60601:2012 – Requisitos gerais para equipamentos eletromédicos.

RESOLUÇÃO N° 2:2010 – Dispõe sobre o gerenciamento de tecnologias em saúde em estabelecimento de saúde.
Boas práticas para aquisição de equipamentos Médicos- hospitalares – ANVISA

Equipamentos médico-hospitalares e o gerenciamento da manutenção – Ministério da Saúde, Brasilia, DF, 2002. Guia para elaboração do Plano de Gestão de equipamentos – Ministério da Saúde, Brasilia, DF, 2012.

9. ANEXOS

Anexo 01 – Aceitação de Equipamento

10. REGISTROS

Nome do registro	Local de arquivamento	Responsável pelo arquivamento	Tempo de retenção	Descarte
Aceitação de Equipamento	SIG e pasta localizada no armário do setor da Engenharia Clínica	Assistente e Auxiliar Administrativo e/ou Auxiliar Técnico	02 anos físico	Picote

11. HISTÓRICO DAS ALTERAÇÕES

REVISÃO	Nº ITEM	NATUREZA DAS ALTERAÇÕES
00	Todos	Criação do Documento
01	05	Mudança de função
01	09	Melhoria no formulário

NOTAS
Este procedimento é dinâmico e está sujeito a alterações. Para seu aprimoramento, comentários e sugestões, as críticas devem ser encaminhadas para o SGQ.

As cópias deste documento são controladas pelo SGQ e cabe ao mesmo atualizar e emitirnovas versões, sempre que houver uma atualização.

POP ENG CL 010 - VALIDAÇÃO DE CERTIFICADOS

1. OBJETIVO

Garantir a validação dos certificados comprobatórios da realização dos serviços de

calibração sobre os equipamentos da contratante, verificando se o valor medido está dentro da tolerância determinada.

2. ABRANGÊNCIA

Este procedimento é aplicável a todos os setores que possuem equipamentos médico-hospitalares que passam pelo processo de calibração POP FST OPE 005 – Calibração de Equipamentos.

3. CONCEITOS E SIGLAS

SIG: Sistema Informatizado de Gestão
OS: Ordem de Serviço
EC: Engenharia Clínica

4. MATERIAIS

SIG;
Laudo de Calibração

5. RESPONSÁVEIS PELA EXECUÇÃO E GERENCIAMENTO

CARGOS ENVOLVIDOS	SETOR ENVOLVIDO
Diretor	Direção
Gerência	Todos os setores
Supervisão	Operação
Técnico	Operação
Auxiliar Técnico	Operação
Estagiário Técnico	Operação
Auxiliar Administrativo	Operação
Estagiário Administrativo	Operação
Clientes	Todos os clientes

6. DESCRIÇÃO DOS PASSOS DA ATIVIDADE

A Validação consiste em somar a "Incerteza" com "tendência" e comparar com a faixa de tolerância definida no anexo 01 - Tabela de Adequação ao Uso dos Equipamentos Sujeitos a Controle Metrológico.

Todas as avaliações devem possuir amostragens de ensaio superior ou igual a 03 (três) (salvo algumas exceções) e para aprovação (validação) todas as amostragens devem apresentar resultados dentro dos parâmetros de tolerância, basta uma amostragem fora da faixa de tolerância para reprovar o equipamento.

O conceito acima também se aplica para os equipamentos com mais de um parâmetro. Ex.: Incubadora: Foram feitos 03 ensaios dos seguintes parâmetros:

Temperatura e Umidade.

"Os parâmetros devem apresentar resultados dentro da faixa de tolerância".

- Para analisar os certificados de calibração deve-se usar uma tabela onde define a tolerância de cada padrão.

6.1 VALIDAÇÃO DE CERTIFICADO

CABE AO TÉCNICO, AUXILIAR TÉCNICO/ ADMINISTRATIVO, SUPERVISOR, GERENTE, DIRETOR DAFISIO-TEC

Realizar a validação dos certificados de terceiros conforme anexo 01 - Tabela de Adequação ao Uso dos Equipamentos Sujeitos a Controle Metrológico, utilizar carimbo aprovado ou reprovado.

No processo de validação somar a "Incerteza" com "tendência" e comparar com a faixa de tolerância definida no Anexo 01 - Tabela de Adequação ao Uso dos Equipamentos Sujeitos a Controle Metrológico, caso esteja dentro do valor colocar como **aprovado**, data da validade (considerar o último dia do mês) do certificado e responsável pela aprovação (nome legível), caso esteja com algum valor fora da faixa de tolerância colocar como **reprovado** e encaminhar o equipamento para a manutenção corretiva. Após reparo, repetir o procedimento de Calibração conforme POP FST OPE 005 – Calibração de Equipamento Médico Hospitalar.

Obs: Este procedimento só deve ser realizado em certificados de terceiros e nos certificados emitidos pela Fisio- tec que não tiverem os critérios de tolerância lançados na emissão dos certificados.

CABE AO AUXILIAR ADMINISTRATIVO DA FISIO-TEC:

- Emitir certificado com os parâmetros de tolerância definidos pela instituição através do anexo 01 - Tabela de Adequação ao Uso dos Equipamentos Sujeitos a Controle Metrológico.
- Lançar na SS do SIG os certificados (laudos) assim que forem confeccionados. No caso de certificados externos, anexar após validação. Obs: Anexar os certificados reprovados também.

CABE AO RESPONSAVEL PELO CONTRATO/ RESPONSAVEL SETORIAL/ GERENTE DE ENFERMAGEM OU DEFINIÇÃO DA DIREÇÃO

- Selecionar OS encerradas à receber
- Acessar o menu documentos dentro da OS
- Conferir os certificados de Calibração e checar se o erro (tendência + incerteza) está dentro da tolerância definida no anexo 01 - Tabela de Adequação ao Uso dos Equipamentos Sujeitos a Controle Metrológico. Caso esteja de acordo, aceitar a OS.

No processo de validação somar a "Incerteza" com "tendência" e comparar com a faixa de tolerância definida no Anexo 01 - Tabela de Adequação ao Uso dos Equipamentos Sujeitos a Controle Metrológico, caso esteja dentro do valor colocar como **aprovado**, data da validade (considerar o último dia do mês) do certificado e responsável pela aprovação (nome legível), caso esteja com algum valor fora da faixa de tolerância colocar como **reprovado** e encaminhar o equipamento para a manutenção corretiva. Após reparo, repetir o procedimento de Calibração conforme POP FST OPE 005 – Calibração de Equipamento Médico Hospitalar.

Obs: A validação de certificados de calibração pode ser realizada por qualquer pessoa que tenha sido treinada/ qualificada na tabela de limites de tolerância conforme anexo 01 - Tabela de Adequação ao Uso dos Equipamentos Sujeitos a Controle Metrológico.

6.2 IDENTIFICAÇÃO DOS PARÂMETROS

Para cada parâmetro usar unidade de medida, segue abaixo:

PARÂMETRO	UNIDADE DE MEDIDA
Frequência Cardíaca	Bpm
SPO2 (Saturação)	%O2
PNI Hipotensão (pressão não invasiva)	mmHg
PNI Normal (pressão não invasiva)	mmHg
PNI Hipertensão (pressão não invasiva)	mmHg
Pressão Invasiva (PAM)	mmHg
Volume	ml
FIO2	%O2
Pressão Inspiratória(arterial)	cmH2O
Energia	Joule
Peso	Kg (quilograma)
Fluxo	l/min
Temperatura	ºC (Graus Celsius)
Umidade	% (H2O)
Sevoflurane	Vol%
Isoflurane	Vol%
Nível Sonoro	*dB*
Potência	W (watts)
Frequência	Rpm ou Hz (hertz)

7. PONTOS CRÍTICOS / RISCOS

- Não realização da avaliação da validação.

8. NORMAS E REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Associação Brasileira de Normas Técnicas. NBR ISO 10012: Sistemas de gestão de medição - Requisitos paraos processos de medição e equipamentos de medição. ABNT, 2004.

Associação Brasileira de Normas Técnicas. NBR ISO/IEC 17025: Requisitos gerais para a competência delaboratórios de ensaio e calibração. ABNT, 2005.

Vocabulário Internacional de Metrologia: Conceitos fundamentais e gerais e termos associados (VIM 2012). Duque de Caxias, RJ: INMETRO, 2012.

Associação Brasileira de Normas Técnicas. NBR IEC 60601-1-1: Esta Norma se aplica a segurança de sistemas eletromédicos. Descreve as prescrições de segurança relativas aos sistemas eletromédicos no intuito de possibilitar a proteção do paciente, do operador e do ambiente. ABNT, 2004.

9. ANEXOS

Anexo 01 – Tabela de Adequação ao Uso dos Equipamentos

10. REGISTROS

Nome do registro	Local de arquivamento	Responsável pelo arquivamento	Tempo de retenção	Descarte
Tabela de Adequação ao Uso dos Equipamentos	Pasta localizada no armário do setor da Engenharia Clínica	Assistente e Auxiliar Administrativo e/ou Auxiliar Técnico	02 anos físico	Picote

11. HISTÓRICO DAS ALTERAÇÕES

REVISÃO	Nº ITEM	NATUREZA DAS ALTERAÇÕES
00	Todos	Criação do Documento
01	05	Mudança de função
01	06	Mudança de função
01	09	Melhoria no formulário

NOTAS
Este procedimento é dinâmico e está sujeito a alterações. Para seu aprimoramento, comentários e sugestões, as críticas devem ser encaminhadas para o SGQ.
As cópias deste documento são controladas pelo SGQ e cabe ao mesmo atualizar e emitir novas versões, sempre que houver uma atualização.



10.2.2: ÁREA DA QUALIDADE

QUALIDADE OBJETIVA: AVALIA MEDIDAS DA PROPOSTA DETRABALHO PARA IMPLANTAÇÃO DE COMISSÕES.

DESENVOLVIMENTO DA UNIDADE

POSSUIR PARCERIA COM INSTITUIÇÕES DE ENSINO OU SUAS PRÓPIAS PARA DESENVOLVIMENTO DE PROJETOS DE PESQUISA NA ÁREA DE ASSISTÊNCIA HOSPITALAR E/OU DE SAÚDE PÚBLICA EM CONCORDÂNCIA COM O PLANO ESTADUAL DE SAÚDE VIGENTE.

ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA

O MUNICÍPIO DE JUIZ DE FORA (CNPJ 18.338.178/0001-02), através da Secretaria Municipal de Saúde, com endereço na Av. Brasil 2001, 2º andar, Centro, Juiz de Fora/MG, e-mail secretariadesaude@pjf.mg.gov.br, ATESTA, para os devidos fins, que o Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus localizado à Rua Dr. Dirceu de Andrade, 33, Bairro São Mateus, nesta cidade, CEP: 36.025-330, CNPJ 21.583.042/0001-72, CNES 2153084, foi fundado em 1926, na cidade de Juiz de Fora, Minas Gerais e desempenha seu papel social há mais de 90 anos, comprometido com fundamentos éticos e morais, contribuindo efetivamente para a diminuição do sofrimento humano, com qualidade, competência e excelência no atendimento prestado à população de Juiz de Fora e Região.

Tornou-se Hospital de Ensino através da Portaria 1120 de 12 de maio de 2011, servindo como referência para o ensino, pesquisa e extensão para os alunos do curso de saúde da Faculdade de Ciências Médicas de Juiz de Fora e da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora – UFJF, oferecendo residência médica em várias especialidades como anestesiologia, cirurgia geral, clínica médica, obstetrícia e ginecologia, medicina em família e comunidade, ortopedia e traumatologia, cardiologia, cirurgia plástica, neurologia, pediatria, radiologia e diagnóstico por imagem, cirurgia do aparelho digestivo, cirurgia torácica, endoscopia, endocrinologia e metabologia, gastroenterologia, mastologia, medicina intensiva e neonatologia.

Em 01/10/2005, com a posse da nova Diretoria, o Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus, empenhada em aumentar a oferta de serviços à comunidade, aumentou o número de leitos e tornou-se hospital geral, impactando positivamente o sistema de saúde local.

Com a ampliação e enquadramento como hospital geral de grande porte, passou para 290 leitos ativos, sendo 240 leitos de internação em enfermaria, 40 leitos de UTI Adulto, 08 leitos neonatal e 02 leitos de UTI Pediátrica, todos destinados ao SUS, através do Contrato de Prestação de Serviços 01.2011.162 firmado com esta municipalidade em 20/05/2011 e renovado posteriormente através dos contratos 01.2016.171, 01.2018.124, 01.2018.125, 01.2020.060, 01.2020.163 e 08.2022.032, **com plena e ininterrupta vigência até a presente data**, em caráter hospitalar, ambulatorial e apoio diagnóstico e terapêutico aos usuários do SUS, de

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em sexta-feira, 1 de setembro de 2023 10:34:56 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

caráter eletivo e urgência/emergência, garantindo atenção integral a saúde, o qual encontra-se vigente até a presente data.
Realiza atendimento de demanda espontânea de ginecologia, obstetrícia, AVC, sendo referência de internação e ambulatorial à população de Juiz de Fora e macrorregião sudeste.

O Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus é habilitado para o Serviço de Assistência de Alta Complexidade em Cirurgia Cardiovascular Pediátrica e Adulto, Cardiologia Intervencionista (hemodinâmica) através da Portaria SAS MS Nº 291 de 08/04/2014, em Cirurgia Bariátrica, Traumato-Ortopedia e Oftalmologia e é Centro de Referência em Acidente Vascular Cerebral (AVC).

Por ser verdade, atestamos que a referida instituição cumpre com o contrato até a presente data, prestando contas regularmente, não havendo nada que desabone sua conduta.

Juiz de Fora, 22 de junho de 2023.

IVAN CHARLES FONSECA CHEBLI
Secretário de Saúde

Ivan Chebli
SECRETÁRIO DE SAÚDE
PREFEITURA DE JUIZ DE FORA

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em sexta-feira, 1 de setembro de 2023 10:34:56 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

CONTRATO N°. 26/2016

CONTRATANTE: UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
CNPJ: 21.195.755-0001/69
ENDEREÇO: Rua José Lourenço Kelmer, s/n. Campus Universitário - São Pedro. Juiz de Fora – MG - 36036-900.
TELEFONE: (32) 2102-3728/ (32) 2102-3716/ (32) 2102-3186.
RESPONSÁVEL PELA CONTRATANTE: Prof. Dr. Marcus Vinicius David, Reitor da UFJF, nomeado pelo Decreto de 29 de março de 2016, publicado no DOU de 30 de março de 2016, inscrito no CPF nº 651.123.006.63, portador da Carteira de Identidade nº M-3829078 - SSPMG.

CONTRATADO: HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS - HMTJ.
CNPJ: 21.583.042/0001-72.
ENDEREÇO: Rua Dr. Dirceu de Andrade, 33, Casa, São Mateus, 36025-330, Juiz de Fora – MG.
Telefone: (32)4009-2277; 4009-2351. Fax: (32)4009-2333.
E-mail: direcaoclinica.hmtj@hotmail.com; contabil@hmtj.com.br; marcoantonio@htmj.com.br
RESPONSÁVEL PELA CONTRATADA: Jorge Montessi, portador Carteira de Identidade nº. 164983/PCE-MG e do CPF n°.135.466.356-04.

VALOR GLOBAL DO CONTRATO: R$ 900.000,00.
PROCESSO Nº. 23071.014841/2016-31 – Inexigibilidade n°. 73/2016 - COSUP
Vigência: 06 meses - compreendendo o período de 05.10.2016 a 04.04.2017

Aos cinco dias do mês de outubro de 2016, a UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA, através do Gabinete do Reitor, com endereço no Campus Universitário da UFJF, localizado à Rua José Lourenço Kelmer, s/nº Bairro São Pedro – Juiz de Fora – MG – 36036-900, neste ato designada simplesmente CONTRATANTE e representada por seu Magnífico Reitor, e o CONTRATADO, acima referenciado, resolvem celebrar o presente Contrato, resultante do processo de inexigibilidade especificado acima e de acordo com a Lei 8.666 de 21/06/93 e suas alterações, mediante as seguintes cláusulas e condições:

CLÁUSULA PRIMEIRA: DO OBJETO

O presente Instrumento tem por objeto a contratação do Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus - HMTJ para utilização de suas instalações para o ensino de obstetrícia dos alunos do oitavo, décimo primeiro e décimo segundo períodos do curso de graduação em medicina da Faculdade de Medicina da UFJF e para os residentes de ginecologia e obstetrícia do Hospital Universitário da UFJF.

CLÁUSULA SEGUNDA: DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATADA

704
O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em sexta-feira, 1 de setembro de 2023 10:34:56 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

2.1 – O HMTJ compromete-se a disponibilizar:

a)Uma sala de aula com capacidade para 30 (trinta) alunos, com todos os recursos de multimídia;

b) uma sala de reuniões, com capacidade para 30 (trinta) alunos, anexa às enfermarias obstétricas, para discussão dos casos clínicos, prescrições e evolução das pacientes internadas;

c) uma sala de estudos, incluindo biblioteca com acervo atualizado e com capacidade mínima de 10 (dez) alunos;

d) dois consultórios para atendimento pré-natal e pós-parto, com todos os equipamentos e instrumentais necessários;

e) uma sala para marcação de consultas e arquivamento dos prontuários, com uma secretária disponibilizada pelo HMTJ;

f) alojamentos adequados para plantonistas residentes, estagiários, monitores e alunos do 8º. Período do curso de Medicina da UFJF;

g) todos os recursos humanos, materiais e insumos em quantidades necessárias para o desempenho adequado das atividades acadêmicas e assistenciais, tais como computador, impressora, acesso à Internet, etc.

2.2 – Garantir a preceptoria dos médicos plantonistas do HMTJ aos residentes e alunos da UFJF.

2.3 – Permitir acesso irrestrito dos professores, residente e alunos da UFJF a todos os locais e serviços proporcionados pelo HMTJ, em especial aos centros cirúrgico, obstétrico e de parto normal e a todos os leitos obstétricos das enfermarias.

2.4 - Relatar à contratante toda e qualquer irregularidade observada na prestação dos serviços.

2.5 - Indicar à contratante seu representante responsável por receber as demandas da contratante e tomar todas as providências necessárias à perfeita execução contratual. Este representante deverá ser empregado da contratante, sem custo para a contratada, com poderes para receber documentos e adotar atos imprescindíveis à boa execução dos serviços contratados. Do documento de indicação do representante deverá constar seu nome completo, cargo e/ou função assim como telefone de contado fixo e móvel.

2.6- Sujeitar-se à fiscalização por parte da contratante, prestando todos os esclarecimentos solicitados, de forma concisa e lógica, atendendo prontamente às reclamações formuladas.

2.7 – Manter, durante a vigência do Contrato, as condições de habilitação necessárias à contratação com a UFJF, apresentando, a cada faturamento, os comprovantes de regularidade fiscal.

2.8 - Não transferir a terceiros, por qualquer forma, nem mesmo parcialmente, o Contrato, nem subcontratar ou ceder total ou parcial quaisquer das prestações a que está obrigada.

2.9 - Aceitar, nas mesmas condições contratuais, os acréscimos ou supressões que se fizerem nos serviços, respeitado o limite legal de 25% (vinte e cinco por cento) do valor inicial atualizado do Contrato.

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em sexta-feira, 1 de setembro de 2023 10:34:56 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

2.10 - Havendo ações trabalhistas envolvendo os serviços prestados, a Contratada adotará as providências necessárias no sentido de preservar a UFJF, evitando o encaminhamento de reivindicações, demandas, queixas ou representações de qualquer natureza.

CLÁUSULA TERCEIRA: DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATANTE

3.1 - Proporcionar todas as facilidades possíveis e necessárias à execução dos serviços.

3.2 - Prestar à Contratada, seus representantes e funcionários, as informações e esclarecimentos que eventualmente venham a ser solicitados.

3.3. Designar um servidor para acompanhar, fiscalizar a execução do contrato e atestar as faturas, conforme previsto no Art. 67 da Lei 8.666/93, que deverá exigir presteza na execução e correção das falhas eventualmente detectadas, visando o fiel cumprimento das cláusulas contratuais, podendo, em nome da UFJF, tomar as medidas necessárias para tal finalidade. A aplicação de qualquer penalidade à contratada ficará a cargo da Coordenadoria de Contratos da contratante.

3.4. Notificar por escrito à Contratada a ocorrência de eventuais imperfeições no curso da execução dos serviços, fixando prazo para sua correção.

3.5. Em caso de não correção das falhas detectadas, aplicar as penalidades cabíveis, conforme previsto no contrato.

3.6. Manter contato com o representante legal da contratada para que o mesmo adote as devidas providências necessárias à correção de irregularidades.

3.7. Efetuar o pagamento das faturas mensais devidas, desde que sejam cumpridas todas as exigências contratuais, como a entrega de toda a documentação em boa ordem e o gestor do contrato manifeste sua anuência.

3.8. Colaborar com o HMTJ em seus Programas de Assistência, caso seja de interesse, através do professor responsável pelo ensino prático conforme objeto, durante o horário em que estiver ministrando o ensino.

3.9. Apresentar em tempo hábil ao HMTJ o planejamento de ensino, a relação de alunos que irão utilizar o campo, bem como o nome do responsável pelo ensino.

3.10. Respeitar as normas administrativas do campo utilizado.

3.11. Providenciar o Seguro de Acidentes Pessoais em favor dos estudantes.

3.12. Elaborar e dar conhecimento à contratada das regras complementares, as quais poderão variar no curso deste contrato, constituindo também parte integrante deste termo, desde que não contrárias ao mesmo.

3.13. A CONTRATANTE estará sujeita às normas do corpo clínico e4 aos programas de qualidade da CONTRATADA.

CLÁUSULA QUARTA: DA FISCALIZAÇÃO DO CONTRATO

4.1 – A fiscalização do contrato será exercida por servidor especialmente designado pela contratante, conforme designado no Art. 67 da Lei no 8666/93.

706
O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em sexta-feira, 1 de setembro de 2023 10:34:56 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

4.2 – Nos casos de gozo de férias, licenças ou quaisquer motivos que levem à ausência temporária do fiscal do contrato, será designado um substituto para exercer as atribuições inerentes à função.

4.3 - Caberá à fiscalização do contrato:

4.3.1 – Acompanhar e fiscalizar a execução dos serviços, desde a assinatura do contrato até a extinção ou rescisão, com o objetivo de assegurar seu fiel cumprimento, tomando como parâmetros as regras nele previstas, conforme preceitua o Art. 67 da Lei nº. 8.666/93 e Art. 6º. do Decreto 2.271/97.

4.3.2 - Ficar atento à qualidade dos serviços prestados;

4.3.3 - Repassar à Coordenação de Contratos e à Administração todas as informações referentes ao serviço;

4.3.4 - Prestar todos os esclarecimentos que lhe forem solicitados pela Administração;

4.3.5 - Dirimir as dúvidas que surgirem no curso de sua execução, verificando o cumprimento das disposições contratuais, técnicas e administrativas de sua responsabilidade;

4.3.6 - Comunicar por escrito e com a devida antecedência à Coordenação de Contratos da UFJF, a necessidade de alteração, prorrogação, notificação ou aplicação de penalidades à contratada, para que sejam tomadas as providências administrativas cabíveis;

4.3.7 - Registrar mensalmente as ocorrências, relatando-as de maneira clara e concisa, de forma que não pairem dúvidas quanto às informações ali registradas. No caso da necessidade de aplicação de penalidade, acionar a Coordenadoria de Contratos/UFJF para que esta execute os procedimentos necessários, conforme estipulado no instrumento contratual;

4.3.8 – Informar à Coordenação de Contratos da UFJF, toda e qualquer irregularidade que surja durante a execução do contrato, fornecendo subsídios que possibilitem a indicação da penalidade a ser aplicada;

4.3.9 - Receber, conferir, atestar e encaminhar para pagamento a(s) Nota(s) Fiscal (is) emitida(s) pela contratada, após verificar se os serviços foram executados conforme as especificações previstas no contrato, de forma a evitar a ocorrência de falhas e irregularidades que ocasionem a execução incompleta do objeto.

4.4 - Compete à fiscalização ainda, cumprir com outras determinações que, no interesse da administração, venham a ser-lhe imputadas relativamente ao objeto do contrato.

CLÁUSULA QUINTA: DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

As despesas com a execução deste Contrato serão atendidas com recursos Consignados no Orçamento Geral da União e suplementações a ele incorporadas, se for o caso, conforme discriminados a seguir:

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em sexta-feira, 1 de setembro de 2023 10:34:56 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

Programa de trabalho	Natureza da despesa	Fonte de recursos	Nota de empenho inicial	Valor (R$)	Data de emissão
108275	339039	112000000	2016NE800856	600.000,00	05.10.2016

CLÁUSULA SEXTA: DO FATURAMENTO E DO PAGAMENTO

6.1 – A contratante pagará à contratada o valor mensal de R$ 150.000,00 (cento e cinquenta mil reais), correspondendo a um valor global de R$ 900.000,00 (novecentos mil reais).

6.1.1 – Para pagamento, a contratada deverá emitir nota fiscal e/ou fatura mensal e/ou proporcional ao número de dias de prestação, devendo a mesma ser encaminhada à fiscalização contratual objetivando seu pagamento.

6.2 - Nas notas fiscais, faturas, boletos bancários ou em quaisquer outros documentos de cobrança dos serviços que contenham código de barras, deverão ser informados o valor bruto do serviço prestado e as deduções dos valores do imposto de renda e das contribuições a serem retidas na operação, devendo o seu pagamento ser efetuado pelo valor líquido deduzido das respectivas retenções.

6.3 - Quando do recebimento da Nota Fiscal, será verificado no site da Prefeitura do estabelecimento do prestador do serviço a existência da obrigatoriedade da emissão da Nota Fiscal Eletrônica. Caso haja obrigatoriedade, a empresa será notificada e terá que substituir a Nota Fiscal emitida pela NF-e, consoante disposições contidas no Protocolo ICMS 42/2009. O não atendimento pela empresa poderá acarretar as penalidades contidas no art. 87 da Lei 8.666/93.

6.3.1 - A empresa obrigada a emitir Nota Fiscal Eletrônica terá que encaminar arquivo digital da NF-e para os e-mails solicitados pela Contratante, O não encaminamento do arquivo digital será impeditivo da liberação do pagamento.

6.4 – O pagamento relativo ao serviço prestado será efetuado em até 30 (trinta) dias contados a partir da entrega da Nota Fiscal no setor financeiro da contratante, mediante ordem bancária ao Banco do Brasil. O cumprimento deste prazo dependerá da análise de toda a documentação exigida e entregue em boa ordem.

6.5 - As Notas Fiscais deverão ser atestadas pelo representante da Administração ou servidor da área competente. O pagamento somente poderá ser efetuado após atestada a prestação do serviço pelo gestor do contrato.

6.6 - Em cumprimento à Instrução Normativa RFB nº. 971, de 13/11/2009 e suas alterações posteriores, a contratante reterá na fonte 11% sobre o valor referente à prestação do serviço, o qual terá que ser destacado na Nota Fiscal, conforme consta no artigo 126 da citada IN.

6.6.1 – A contratada terá que apresentar GFIP – Guia de Recolhimento do Fundo de Garantia por Tempo de Serviço e Informações à Previdência Social. Será aceita GFIP do mesmo mês de competência da Nota Fiscal.

6.7 – No ato do pagamento a contratante efetuará consulta prévia da CNDT - Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas, mediante consulta ao site http://www.tst.jus.br/certidao (Acórdão 1054/2012-Plenário-TCU), de 02/05/2012) e

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em sexta-feira, 1 de setembro de 2023 10:34:56 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

da regularidade fiscal da contratada no SICAF – Sistema de Cadastramento Unificado de Fornecedores.

6.7.1 - Havendo irregularidade, a contratada será notificada por correspondência, com aviso de recebimento, para sanar as irregularidades em até 5 (cinco) dias úteis, constados do recebimento da notificação.

6.7.2 – A contratante poderá prorrogar o prazo por até mais 5 (cinco) dias corridos, havendo interesse público.

6.7.3 – Advertida a contratada e mantida a irregularidade, passará a ser aplicada multa diária, no percentual estipulado na cláusula de penalidades do contrato, até o 15º (décimo quinto) dia, quando haverá rescisão unilateral do contrato.

6.7.4 - As irregularidades fiscal ou trabalhista não impedirão o pagamento dos serviços já prestados e atestados pelo setor competente da Universidade, desde que em conformidade com os termos do presente contrato.

6.8 - Em cumprimento à Instrução Normativa SRF nº. 1.234, de 11/01/2012 e suas alterações posteriores, a UFJF fará as retenções referentes a impostos e contribuições federais sobre os pagamentos que efetuar a pessoa jurídica que não for optante pelo SIMPLES. A cada pagamento o setor financeiro efetuará consulta on line pela internet na página da Secretaria da Receita Federal (www.receita.fazenda.gov.br - Simples Nacional > Consulta Optante). O resultado dessa consulta será impresso e anexado ao processo de pagamento e, servirá de base para aplicação da Instrução Normativa supracitada. Se, em razão de sua natureza jurídica, a contratada for isenta da obrigação de recolher quaisquer dessas contribuições, ou ainda, se as recolhe por via judicial, deverá fazer prova de tais situações a cada faturamento, através de documentação comprobatória.

6.9 - A contratante procederá às retenções legais referentes ao ISSQN – Imposto sobre Serviços de Qualquer Natureza, de acordo com Lei Complementar nº. 116, de 31/07/2003, quando cabível.

6.10 - O valor do pagamento devido à contratada poderá ser retido em razão do não atendimento das exigências previstas neste termo.

6.11 - No caso de incorreção nos documentos apresentados, inclusive na Nota Fiscal/Fatura, serão os mesmos restituídos à contratada para as correções necessárias, não respondendo a contratante por quaisquer encargos resultantes de atrasos na liquidação dos pagamentos correspondentes.

6.12 - Caso o faturamento tenha por base serviços que porventura deixaram de ser cobrados à época devida, os valores a serem faturados serão os vigentes à época em que a cobrança deveria ter sido realizada.

6.13 - Deverão ser refaturados, com os valores vigentes à época do primeiro faturamento, os valores dos serviços que tenham sido glosados em virtude do encaminhamento do documento de cobrança sem a observância das formalidades previstas neste Capítulo.

6.14 – O CNPJ da Nota Fiscal deverá ser o mesmo que a contratada apresentou nos documentos de habilitação que iniciou o presente contrato.

6.15 - A contratante poderá, ainda, sustar o pagamento de qualquer nota fiscal/fatura, no todo ou em parte, nos seguintes casos:

a) serviços executados fora dos padrões éticos e da qualidade atribuíveis à espécie;

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em sexta-feira, 1 de setembro de 2023 10:34:56 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

b) existência de qualquer débito com a contratante.

6.16 - Serão deduzidas de pleno direito, do valor da nota fiscal/fatura apresentada para pagamento:

a) Multas impostas pela contratante;

b) Multas, indenizações ou despesas impostas à contratada por autoridades competentes em decorrência do descumprimento de Leis e Regulamentos aplicáveis à espécie;

c) Pagamentos indevidos, após verificação em regular processo administrativo com a garantia do contraditório e da ampla defesa;

d) Quaisquer débitos a que tiver dado causa;

e) Dedução relativa a insumos de sua responsabilidade não fornecidos;

f) Utilização de materiais ou equipamentos da Contratante cujo fornecimento seja obrigação da Contratada.

6.17 - Nos casos de eventuais atrasos de pagamentos, desde que a contratada não tenha concorrido de alguma forma para tanto, fica convencionado que a taxa de compensação financeira devida pela Contratante, entre o final do prazo de pagamento e a correspondente ao efetivo adimplemento da parcela, será calculada mediante a seguinte fórmula:

EM = I x N x VP, onde:

EM = encargos moratórios;

N = número de dias entre a data prevista para o pagamento e a do efetivo pagamento;

VP = valor da parcela a ser paga;

I = índice de compensação financeira = 0,0001644, assim apurado:

I = TX/365

Tx = percentual da taxa anual = 6%

CLÁUSULA SÉTIMA – DO REAJUSTE E DO REEQUILÍBRIO ECONÔMICO-FINANCEIRO

7.1 - O preço convencionado para o presente contrato vigorará pelo prazo de sua vigência, salvo expressa permissão legal em contrário, caso em que a revisão do preço obedecerá aos critérios e periodicidade previstos na lei;

7.2 - Para o reajuste, será considerada a variação do INPC, calculada e divulgada pelo IBGE, ocorrida no mês imediatamente anterior ao da incidência do reajuste.

7.3 - No caso de atraso ou da não divulgação do índice de reajustamento do preço, a CONTRATANTE pagará à CONTRATADA a importância calculada pelo último índice conhecido, liquidando a diferença correspondente, tão logo seja divulgado o índice faltante.

7.4 - Caso o índice estabelecido para reajustamento do preço seja extinto ou de qualquer forma não possa mais ser utilizado, as partes desde já concordam que em substituição, seja adotado o que vier a ser determinado pela legislação então em vigor.

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em sexta-feira, 1 de setembro de 2023 10:34:56 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

7.5 - Na ausência de previsão legal quanto ao índice substituto, as partes elegerão novo índice para reajustamento do preço.

7.6 - Sempre que houver reajustamento de preços, a CONTRATADA deverá apresentar memória de cálculo juntamente com o documento de cobrança.

7.7 - O valor pactuado poderá ser revisto, mediante solicitação da contratada, com vistas à manutenção do equilíbrio contratual, na forma do artigo 65, Inciso II, da alínea "d" da Lei 8.666/93, e observados os subitens subseqüentes;

7.8 - As eventuais solicitações de reequilíbrio econômico-financeiro deverão estar acompanhadas de comprovação de superveniência do fato imprevisível ou, se previsível, de conseqüências incalculáveis, bem como da demonstração analítica de seu impacto nos custos do Contrato;

7.9 - O reajuste e/ou reequilíbrio serão formalizados através de termo aditivo ao presente contrato.

CLÁUSULA OITAVA - DA ALTERAÇÃO CONTRATUAL

A contratada fica obrigada a aceitar, nas mesmas condições contratuais, os acréscimos ou supressões que se fizerem ao presente contrato, limitado a 25% (vinte e cinco por cento) do valor inicial atualizado do contrato, de acordo com o § 1º art. 65 da Lei nº. 8.666/93, mediante termo aditivo ao presente contrato.

CLÁUSULA NONA - DA RELAÇÃO EMPREGATÍCIA E DOS ENCARGOS SOCIAIS

As partes, desde já, ajustam que não existirão para a contratante, quaisquer implicações quanto às obrigações trabalhistas e previdenciárias para com os empregados da contratada, designados para execução do serviço, cabendo à contratada assumir, de forma exclusiva, todos os ônus advindos da relação empregatícia e dos encargos sociais, em decorrência da sua condição de empregadora.

CLÁUSULA DÉCIMA – DAS PENALIDADES

10.1 - O inadimplemento total ou parcial das obrigações assumidas sujeitará a Contratada às sanções previstas na Seção II do capítulo IV da Lei nº. 8.666/93, garantida a prévia defesa, sendo estipuladas as seguintes penalidades:

10.1.1 - Advertência, que deverá ser feita através de notificação por meio de ofício mediante contra-recibo do representante legal da Contratada, estabelecendo prazo para cumprimento das obrigações descumpridas.

10.1.2 - Multa de 0,3% (três décimos por cento), por dia de atraso, sobre o valor total do Contrato no descumprimento das obrigações assumidas, até o 30º (trigésimo) dia.

10.1.3 - Multa de 0.5% (cinco décimos por cento), por dia de atraso, sobre o valor do Contrato no descumprimento das obrigações assumidas, após o 30º (trigésimo) dia, sem prejuízo das demais penalidades.

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em sexta-feira, 1 de setembro de 2023 10:34:56 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

10.1.4 – Multa de 20% (vinte por cento) sobre o valor do contrato, no descumprimento das obrigações assumidas.

10.1.5 - Multa de 0,5% (cinco décimos por cento) sobre o valor do contrato, por dia de atraso, quando a Contratada não providenciar a regularização de sua situação no sistema SICAF, decorrido o prazo de notificação, conforme Cláusula de Pagamento deste termo.

10.1.6 - Multa de 0,5% (cinco décimos por cento) sobre o valor do contrato, por dia de atraso, quando a Contratada não providenciar a regularização de sua situação relativa à expedição da CNDT, decorrido o prazo de notificação, conforme Cláusula de Pagamento deste termo.

10.2 – Ficará impedida de licitar e contratar com a contratante pelo prazo de até 05 (cinco) anos, enquanto perdurarem os motivos determinantes da punição ou até que seja promovida a reabilitação perante a própria autoridade que aplicou a penalidade, a contratada que:

10.2.1 – Cometer fraude fiscal.

10.2.2 – Cometer fraude na prestação do serviço; e

10.2.3 – Descumprir prazos.

10.3 - As penalidades serão obrigatoriamente registradas no SICAF. No caso de suspensão de licitar, a contratada deverá ser descredenciada por igual período, sem prejuízo das multas previstas no edital e no contrato e das demais cominações.

10.4 - O disposto nos itens anteriores não prejudicará a aplicação de outras penalidades a que esteja sujeita a empresa vencedora, nos termos dos Artigos 87 e 88 da Lei 8.666/93.

10.5 - O valor da multa, apurado após regular procedimento administrativo, será descontado dos pagamentos eventualmente devidos pela contratante ou cobrado judicialmente.

10.6 - As penalidades previstas poderão ser relevadas ou atenuadas pela autoridade competente, aplicando-se o princípio da proporcionalidade, levando-se em consideração as circunstâncias fundamentadas em fatos reais e comprovados.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA - DA RESCISÃO

11.1 - Caberá rescisão contratual caso ocorra quaisquer dos motivos relacionados no Art. 78 da Lei n° 8.666/93.

11.2 - A rescisão do contrato poderá ser:

1- Determinada por ato unilateral e escrito da contratante, nos casos enumerados nos incisos I a XII e XVII do artigo 78 da Lei 8.666/93.

2- Amigável, por acordo entre as partes, desde que haja conveniência para a contratante; e

3- Judicial, nos termos da legislação.

11.3 - Quando a rescisão ocorrer com base nos incisos XII a XVII do art. 78 da Lei 8.666/93, sem que haja culpa do contratado, será este ressarcido dos prejuízos regulamentares comprovados que houver sofrido, tendo direito a:

I - Pagamentos devidos pela execução do contrato até a data da rescisão; e

II - Pagamento do custo da desmobilização (quando for o caso).

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em sexta-feira, 1 de setembro de 2023 10:34:56 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA - DA MANUTENÇÃO DAS CONDIÇÕES DE HABILITAÇÃO DA CONTRATADA

A Contratada declara, no ato de celebração deste contrato, estar plenamente habilitada à assunção dos encargos contratuais e assume o compromisso de manter, durante a execução do contrato, todas as condições de habilitação e qualificação exigidas na Inexigibilidade 73/2013-COSUP.

CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA - DA DOCUMENTAÇÃO COMPLEMENTAR

Integram o presente contrato o edital do pregão, seus anexos, a proposta da contratada, catálogos e/ou prospectos apresentados, assim como os demais documentos anexados ao processo de nº. 23071.014841/2016-31.

CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA - DOS CRITÉRIOS DE SUSTENTABILIDADE AMBIENTAL APLICÁVEIS ÀS PARTES

14.1 – As partes deverão sempre utilizar na prestação do serviço, no todo ou em parte, material reciclável, atóxico, biodegradável, conforme ABNT NBR – 15448-1 e 15448-2.

14.2 – Deverão ser utilizados preferencialmente produtos que no processo de fabricação foram observados os requisitos ambientais para a obtenção de certificação junto ao Instituto Nacional de Metrologia, Normalização e Qualidade Industrial – INMETRO como produtos sustentáveis ou de menor impacto ambiental em relação aos seus similares.

14.3 – Os materiais utilizados na prestação dos serviços não poderão conter substâncias perigosas em concentração acima da recomendada na diretiva RoHS (Restriction of Certain Hazardous Substances), tais como mercúrio (Hg), chumbo (Pb), cromo hexavalente (Cr(VI)), cádmio (Cd), bifenil-polibromados (PBBs), éteres difenil-polibromados (PBDEs).

14.3.1 - A comprovação do disposto neste item, quando necessária, poderá ser feita mediante apresentação de certificação emitida por instituição pública oficial ou instituição credenciada, ou por qualquer outro meio de prova que ateste que o bem fornecido cumpre com as exigências.

14.4 - Os produtos de limpeza e conservação que forem utilizados deverão obedecer às classificações e especificações determinadas pela ANVISA.

14.5 – Os materiais quando possível, deverão ser destinados à reciclagem através de empresa, associação, ONG's e/ou cooperativas aptas a reciclar este tipo de material.

14.6 - Aos resíduos sólidos, deverá ser dado o tratamento recomendado pela ABNT NBR 10004.

14.7 – Os profissionais da contratada só poderão prestar os serviços se estiverem utilizado os equipamentos de proteção individuais adequados, sendo também responsabilidade da contratada a adoção de medidas objetivando a menor exposição possível a situações de risco.

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em sexta-feira, 1 de setembro de 2023 10:34:56 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

14.8 – Os integrantes da cadeia produtiva deverão possuir PPRA – Programa de Prevenção de Riscos Ambientais que reflita a realidade da operação, devendo ser realizada sua constante atualização.

14.9 – Os materiais que forem utilizados como embalagens ou proteção para o transporte deverão ter origem preferencialmente de material reciclado, obrigando-se as partes mutuamente a destinarem à reciclagem as embalagens e materiais de acondicionamento utilizados.

14.10 – Os veículos utilizados no transporte do material pela contratada deverão estar em perfeitas condições de uso, a fim de que os níveis de emissão de poluentes dos veículos estejam dentro dos limites máximos estabelecidos pelo CONAMA – Conselho Nacional do Meio Ambiente.

14.11 - Respeitar as Normas Brasileiras – NBR, publicadas pela Associação Brasileira de Normas Técnicas.

14.12 – Pautar suas ações no compromisso sócio-ambiental, mantendo-se disponível à fiscalização pelos órgãos competentes, bem como promover o gerenciamento ambiental correto dos resíduos sólidos, efluentes líquidos e emissões atmosféricas, de forma a garantir a gestão adequada dos recursos naturais, seja através da reciclagem para o uso e reaproveitamento das águas evitando o desperdício; seja por meio da racionalização do consumo de energia e da correta destinação dos resíduos poluidores.

14.13 – Demais ações ambientais:

14.13.1 - Manter um programa interno de treinamento de funcionários para a redução de consumo de energia elétrica, consumo de água e redução de produção de resíduos sólidos;

14.13.2 - Manter um programa interno de separação de resíduos sólidos;

14.13.3 - Manter um local adequado para armazenamento de resíduos sólidos separados;

14.13.4 - Manter local independente e vedado para armazenamento de resíduos sólidos contaminantes;

14.13.5 - Dispor de critérios específicos para destinação adequada dos resíduos sólidos;

14.13.6 - Manter monitoramento específico sobre o consumo de energia elétrica;

14.13.7 - Manter critérios especiais e privilegiados para aquisição de produtos e equipamentos que apresentem eficiência energética e redução de consumo;

14.13.8 - Manter monitoramento específico sobre o consumo de água;

14.13.9 - Manter critérios especiais e privilegiados para aquisição e uso de equipamentos e complementos, que promovam a redução do consumo de água;

14.13.10 - Manter registros específicos e local adequado para armazenamento de produtos nocivos e poluentes;

14.13.11 - Manter critérios especiais e privilegiados para aquisição e uso de produtos biodegradáveis;

14.13.12 - Manter critérios de qualificação de fornecedores levando em consideração as ações ambientais por estes realizadas.

CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA - DA PUBLICAÇÃO

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em sexta-feira, 1 de setembro de 2023 10:34:56 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

A contratante providenciará a publicação do presente contrato no Diário Oficial da União, conforme lei 8666/93.

CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA - DA VIGÊNCIA

O presente instrumento vigerá pelo prazo de 06 (seis) meses, compreendendo o período de 05.10.2016 a 04.04.2017, podendo ser prorrogado, mediante termo aditivo, pelo prazo estabelecido na Lei 8.666/93.

CLÁUSULA DÉCIMA SÉTIMA - DO FORO E DA ACEITAÇÃO

17.1 - O foro para dirimir questões relativas ao presente contrato será o da Justiça Federal - Subseção Judiciária de Juiz de Fora - MG.

17.2 - E assim, por estarem justas e acordadas, as partes firmam o presente instrumento, em 04 (quatro) vias, para um só efeito, as quais, depois de lidas e achadas conforme, vão assinadas pelos representantes das partes contratantes e pelas testemunhas.

Prof. Dr. Marcus Vinicius David
Contratante

Jorge Montessi
Contratada

Dr. Jorge Montessi
Diretor Financeiro
Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus

Testemunhas:

NOME Rita de Cassia Pinto Marinho
CPF CPF: 964.789.266-72

NOME Patrícia Rezende de Almeida
CPF CPF: 062.164.656-35

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em sexta-feira, 1 de setembro de 2023 10:34:56 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
PRÓ-REITORIA DE PLANEJAMENTO, ORÇAMENTO E FINANÇAS
COORDENAÇÃO DE CONTRATOS

Em 11 de outubro de 2016

Da: Coordenação de Contratos / UFJF

Para: HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS
Assunto : Encaminhamento de Contrato

Uma vez formalizado, enviamos a V. Sa., em anexo, uma via do Contrato nº. 26/2016, para ciência e acompanhamento.

Atenciosamente,

Rita de Cassia Pinto Marinho
Contratos/UFJF

Recebi em 17/10/16 Evian.

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em sexta-feira, 1 de setembro de 2023 10:34:56 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

DECLARAÇÃO DE IMUNIDADE TRIBUTÁRIA E NÃO SUJEIÇÃO À RETENÇÃO DE TRIBUTOS

Ilmo. Sr.

Dr. Marcus Vinícius David

Magnífico Reitor da Universidade Federal de Juiz de Fora

HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS com sede à Rua Dr. Dirceu de Andrade, 33, São Mateus. Juiz de Fora / MG, inscrita no CNPJ sob o nº 21.583.042/0001-72. DECLARA à UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA, que não está sujeita à retenção, na fonte, do IRPJ, CSLL, da Cofins e da Contribuição para o PIS/PASEP, a que se refere o Art. 64 da Lei nº 9.430, de 27 de dezembro de 1996, por se enquadrar em uma das situações abaixo:

I – INSTITUIÇÃO DE EDUCAÇÃO

1. ( ) Entidade em gozo regular da imunidade prevista no Art. 150, inciso VI, alínea "c" da Constituição Federal, por cumprir os requisitos previstos no art. 12 da Lei 9.532, de 10 de dezembro de 1997.
2. ( ) Entidade de ensino superior, em gozo regular de isenção prevista no art. 8º da Lei nº 11.096, de 13 de janeiro de 2005, por ter aderido ao Programa Universidade para Todos (Prouni), instituído pela Lei nº 11.096, de 13 de janeiro de 2005, conforme Termo de Adesão vigente no período da prestação de serviço ou fornecimento do bem (doc. Anexo).

II – ENTIDADE BENEFICENTE DE ASSISTÊNCIA SOCIAL

1. ( ) Instituição educacional em gozo regular da imunidade prevista no art. 195, § 7º da Constituição Federal, por ter sido certificada como beneficente de assistência social pelo Ministério da Educação e por cumprir os requisitos previstos no art. 29 da Lei nº 12.01, de 27 de novembro de 2009.
2. (**X**) Entidade em gozo regular da imunidade prevista no art. 195, § 7º da Constituição Federal, por ter sido certificada como beneficente de assistência social pelo Ministério da área de atuação e por cumprir os requisitos previstos no art. 29 da Lei nº 12.101, de 2009.

O signatário declara neste ato, sob as penas do art. 299 do Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 – Código Penal; do art. 1º da Lei nº 8.137, de 27 de dezembro de 1990, e para fins do art. 32 da Lei nº 9.430, de 1996, que:

a) É representante legal da entidade e assume o compromisso de informar, imediatamente, à Secretaria da Receita Federal do Brasil e ao órgão ou à entidade contratante, qualquer alteração na situação acima declarada;
b) Os valores recebidos referem-se a receitas relacionadas com as finalidades para as quais foram instituídas.

Juiz de Fora / MG, 18 de outubro de 2016.

Dr. Iomar Pinheiro Cangussu
Diretor

RECEBIDO EM
18 / 10 / 16
Priscila Saudes

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em sexta-feira, 1 de setembro de 2023 10:34:56 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

DECLARAÇÃO DE IMUNIDADE TRIBUTÁRIA E NÃO SUJEIÇÃO À RETENÇÃO DE TRIBUTOS

Ilmo. Sr.

Dr. Marcus Vinícius David

Magnífico Reitor da Universidade Federal de Juiz de Fora

HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS com sede à Rua Dr. Dirceu de Andrade, 33, São Mateus. Juiz de Fora / MG, inscrita no CNPJ sob o nº 21.583.042/0001-72. DECLARA à UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA, que não está sujeita à retenção, na fonte, do IRPJ, CSLL, da Cofins e da Contribuição para o PIS/PASEP, a que se refere o Art. 64 da Lei nº 9.430, de 27 de dezembro de 1996, por se enquadrar em uma das situações abaixo:

I – INSTITUIÇÃO DE EDUCAÇÃO

1. ( ) Entidade em gozo regular da imunidade prevista no Art. 150, inciso VI, alínea "c" da Constituição Federal, por cumprir os requisitos previstos no art. 12 da Lei 9.532, de 10 de dezembro de 1997.
2. ( ) Entidade de ensino superior, em gozo regular de isenção prevista no art. 8º da Lei nº 11.096, de 13 de janeiro de 2005, por ter aderido ao Programa Universidade para Todos (Prouni), instituído pela Lei nº 11.096, de 13 de janeiro de 2005, conforme Termo de Adesão vigente no período da prestação de serviço ou fornecimento do bem (doc. Anexo).

II – ENTIDADE BENEFICENTE DE ASSISTÊNCIA SOCIAL

1. ( ) Instituição educacional em gozo regular da imunidade prevista no art. 195, § 7º da Constituição Federal, por ter sido certificada como beneficente de assistência social pelo Ministério da Educação e por cumprir os requisitos previstos no art. 29 da Lei nº 12.01, de 27 de novembro de 2009.
2. (**X**) Entidade em gozo regular da imunidade prevista no art. 195, § 7º da Constituição Federal, por ter sido certificada como beneficente de assistência social pelo Ministério da área de atuação e por cumprir os requisitos previstos no art. 29 da Lei nº 12.101, de 2009.

O signatário declara neste ato, sob as penas do art. 299 do Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 – Código Penal; do art. 1º da Lei nº 8.137, de 27 de dezembro de 1990, e para fins do art. 32 da Lei nº 9.430, de 1996, que:

a) É representante legal da entidade e assume o compromisso de informar, imediatamente, à Secretaria da Receita Federal do Brasil e ao órgão ou à entidade contratante, qualquer alteração na situação acima declarada;
b) Os valores recebidos referem-se a receitas relacionadas com as finalidades para as quais foram instituídas.

Juiz de Fora / MG, 18 de outubro de 2016.

Dr. Iomar Pinheiro Cangussu
Diretor

RECEBIDO EM
18 / 10 / 16

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em sexta-feira, 1 de setembro de 2023 10:34:56 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

DECLARAÇÃO DE IMUNIDADE TRIBUTÁRIA E NÃO SUJEIÇÃO À RETENÇÃO DE TRIBUTOS

Ilmo. Sr.

Dr. Marcus Vinícius David

Magnífico Reitor da Universidade Federal de Juiz de Fora

HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS com sede à Rua Dr. Dirceu de Andrade, 33, São Mateus. Juiz de Fora / MG, inscrita no CNPJ sob o nº 21.583.042/0001-72. DECLARA à UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA, que não está sujeita à retenção, na fonte, do IRPJ, CSLL, da Cofins e da Contribuição para o PIS/PASEP, a que se refere o Art. 64 da Lei nº 9.430, de 27 de dezembro de 1996, por se enquadrar em uma das situações abaixo:

I – INSTITUIÇÃO DE EDUCAÇÃO

1. ( ) Entidade em gozo regular da imunidade prevista no Art. 150, inciso VI, alínea "c" da Constituição Federal, por cumprir os requisitos previstos no art. 12 da Lei 9.532, de 10 de dezembro de 1997.
2. ( ) Entidade de ensino superior, em gozo regular de isenção prevista no art. 8º da Lei nº 11.096, de 13 de janeiro de 2005, por ter aderido ao Programa Universidade para Todos (Prouni), instituído pela Lei nº 11.096, de 13 de janeiro de 2005, conforme Termo de Adesão vigente no período da prestação de serviço ou fornecimento do bem (doc. Anexo).

II – ENTIDADE BENEFICENTE DE ASSISTÊNCIA SOCIAL

1. ( ) Instituição educacional em gozo regular da imunidade prevista no art. 195, § 7º da Constituição Federal, por ter sido certificada como beneficente de assistência social pelo Ministério da Educação e por cumprir os requisitos previstos no art. 29 da Lei nº 12.01, de 27 de novembro de 2009.
2. (**X**) Entidade em gozo regular da imunidade prevista no art. 195, § 7º da Constituição Federal, por ter sido certificada como beneficente de assistência social pelo Ministério da área de atuação e por cumprir os requisitos previstos no art. 29 da Lei nº 12.101, de 2009.

O signatário declara neste ato, sob as penas do art. 299 do Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 – Código Penal; do art. 1º da Lei nº 8.137, de 27 de dezembro de 1990, e para fins do art. 32 da Lei nº 9.430, de 1996, que:

a) É representante legal da entidade e assume o compromisso de informar, imediatamente, à Secretaria da Receita Federal do Brasil e ao órgão ou à entidade contratante, qualquer alteração na situação acima declarada;
b) Os valores recebidos referem-se a receitas relacionadas com as finalidades para as quais foram instituídas.

Juiz de Fora / MG, 18 de outubro de 2016.

Dr. Iomar Pinheiro Cangussu
Diretor

RECEBIDO EM
18 / 10 / 16
Priscila Saraiva

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em sexta-feira, 1 de setembro de 2023 10:34:56 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

Protocolo: 162231 Reg: 153850 Livro: C32 Folha: 67 Pag: 1 Data: 31/08/2009	**REGISTRO DE TÍTULOS E DOCUMENTOS POR EXTRATO** **RUA: HALFELD nº 651/1505 - CENTRO - Juiz de Fora-MG** **LUCY DE FIGUEIREDO HARGREAVES-** **Livro C** Apresentante: ANA CHINELATO

Certifico estar registrado neste cartório o documento abaixo, digitalizado em seu inteiro teor, conforme número de protocolo, número de registro, livro e folha acima.

REGISTRO DE TÍTULOS E DOCUMENTOS - LUCY DE FIGUEIREDO HARGREAVES - OFICIAL - JUIZ DE FORA-MG

REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS JURÍDICAS - J. FORA MG

CONVÊNIO DE COOPERAÇÃO MÚTUA QUE, ENTRE SI, CELEBRAM A MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS E A SUPREMA-SOCIEDADE UNIVERSITÁRIA PARA O ENSINO MÉDICO ASSISTENCIAL LTDA..

A MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS, com sede na Rua Dr. Dirceu de Andrade, n. 33, nesta cidade, inscrita no CNPJ sob o n 21.583.042/0001-72, doravante Maternidade, e a SUPREMA-SOCIEDADE UNIVERSITÁRIA PARA O ENSINO MÉDICO ASSISTENCIAL LTDA., com sede na BR-040, Km 796, Salvaterra, nesta cidade, inscrita no CNPJ sob o n. 05079440/0001-08, mantenedora da Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de Juiz de Fora, doravante Suprema, por seus representantes legais infra-assinados,

considerando que a Maternidade enfrenta, atualmente, dificuldades financeiras e operacionais para dar continuidade às atividades que constituem o seu escopo, a despeito de estar com as suas contas em dia (inclusive encargos trabalhistas e fiscais), sem dívidas de qualquer espécie;

considerando que essas dificuldades ligam-se, principalmente, à circunstância de que a Maternidade tem o seu campo de atuação limitado às áreas da medicina ginecológica e obstétrica;

considerando que a Maternidade apresenta excelente localização, com fácil acesso, além de instalações em perfeito estado de conservação, o que permite conforto e confiança no atendimento aos pacientes;

considerando que é do interesse do SUS/JF o aumento da oferta de leitos nas diversas especialidades médicas;

considerando que é de interesse da Maternidade ampliar o campo de atuação de seu hospital, transformando-o em um hospital geral;

considerando que a Suprema possui em seu quadro de pessoal profissionais especializados nas mais diversas áreas da medicina;

considerando que a Suprema tem interesse em proporcionar aos seus discentes o estágio profissional e a residência médica, a serem cumpridos necessariamente em um hospital geral,

considerando, por fim, que a Suprema está disposta a, a medida de suas possibilidades, contribuir para transformar a Maternidade em um hospital geral.

resolvem celebrar o presente convênio de cooperação mútua, que será regido pelas disposições seguintes:

CLAUSULA 1ª -Este convênio tem por objeto disciplinar a contribuição da Suprema no processo de transformação do hospital da Maternidade em um hospital geral

REGISTRO DE TÍTULOS, DOCUMENTOS E DAS PESSOAS JURÍDICAS
Oficial: Dra. Lucy Figueiredo Hargreaves de S
Of. Substº: Bel. Mª da Conceição C. Gonçalves
Rua Halfeld 651/1505 e 1506 - Centro

2º OFÍCIO DE NOTAS DE MATIAS BARBOSA - MG
BR 040 - KM 800 - Setor 60 - Loja 6 - Empresarial Parque Sul
Matias Barbosa - CEP: 36.123-000
Tel.: (32) 3273-2236 (32) 3273-2049 (32) 99807-6670

1

Conferido e achado conforme original apresentado.

LUCAS DE ALMEIDA BRITO
ação: 05/06/2018 16:45:49
: R$ 1,49 Total: R$ 6,29

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em sexta-feira, 1 de setembro de 2023 10:34:56 GMT-03:00, CNS: 04116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS JURÍDICAS J. FORA MG

REGISTRO DE TÍTULOS E DOCUMENTOS LUCY DE FIGUEIREDO HARGREAVES OFICIAL JUIZ DE FORA-MG

CONVÊNIO DE COOPERAÇÃO ENTRE A MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS E A SUPREMA-SOCIEDADE UNIVERSITÁRIA PARA O ENSINO MÉDICO ASSISTENCIAL LTDA

CLÁUSULA 2ª -A Suprema se obriga a, a medida de suas possibilidades, contribuir para a transformação do hospital da Maternidade em um hospital geral, seja transferindo tecnologia hospitalar, seja executando obras, seja fornecendo equipamentos e máquinas destinados a servir ao escopo da Maternidade, seja aportando recursos financeiros em espécie.

§ 1º A transferência de tecnologia mencionada no *caput* poderá ser implementada diretamente pela Suprema, ou por terceiros a seu serviço, e sob sua exclusiva responsabilidade.

§ 2º As acessões e/ou benfeitorias, necessárias, úteis ou voluptuárias, realizadas pela Suprema na forma desta Cláusula e observado o projeto de reforma que, dentro do prazo de 9 (nove) meses, a contar desta data, submeterá à aprovação da Diretoria da Maternidade, reverterão em favor desta, sem ônus adicionais, ao termo deste convênio, respeitado o disposto na Cláusula 6ª, infra.

§ 3º Os equipamentos e máquinas eventualmente disponibilizados pela Suprema à Maternidade, a título de comodato, deverão ser restituídos àquela ao término deste convênio.

CLÁUSULA 3ª -Os recursos financeiros em espécie serão aportados segundo o seguinte cronograma:

I - no período compreendido entre os meses de outubro de 2005 e dezembro de 2006: R$ 25.000,00 (vinte e cinco mil reais), por mês;

II - no período compreendido entre os meses de janeiro e dezembro de 2007: R$ 40.000,00 (quarenta mil reais), por mês;

III - no período compreendido entre os meses de janeiro e dezembro de 2008: R$ 50.000,00 (cinqüenta mil reais), por mês;

IV - a partir de janeiro de 2009: R$ 60.000,00 (sessenta mil reais), por mês;

§ 1º Os aportes financeiros de que cuida esta cláusula serão realizados pela Suprema até o dia 10 do mês seguinte ao vencido.

§ 2º Na hipótese de atraso na realização dos aportes financeiros, a Suprema ficará sujeita: a juros moratórios de 1% (um por cento) se o atraso for superior a 10 (dez) dias e inferior a 1 (um) mês; juros moratórios de 1% (um por cento) por mês adicional de atraso e multa de 2% (dois por cento).

§ 3º - O atraso na realização dos aportes financeiros por três meses consecutivos, facultará à Maternidade a denúncia unilateral deste convênio, observando-se o disposto na Cláusula 7ª, infra.

§ 4º Na ocorrência de acontecimentos extraordinários e imprevisíveis, devidamente comprovados, a Suprema poderá reduzir a prestação, ou alterar o modo de executá-la, a fim de evitar a onerosidade excessiva.

REGISTRO DE TITULOS, DOCUMENTOS E DAS PESSOAS JURÍDICAS
Oficial: Dra. Lucy Figueiredo Hargreaves
Of. Subst.: Bel. Mª da Conceição C. Gonçalves
Rua Halfeld, 651/1505 e 1506 - Centro

2º OFÍCIO DE NOTAS DE MATIAS BARBOSA - MG
BR 040 - KM 800 - Setor 60 - Loja 6 - Empresarial Parque Sul
Matias Barbosa - CEP: 36.123-000
Tel.: (32) 3273-2236 (32) 3273-2049 (32) 99807-6670

1

nforme original apresentado.

LUCAS DE ALMEIDA BRITO
ção: 05/06/2018 16:45:49
R$ 1,49 Total: R$ 6,29

Selo de Fiscalização AUTENTICAÇÃO

REGISTRO DE TÍTULOS, DOCUMENTOS E DAS PESSOAS JURÍDICAS
Oficial: Drª Lucy Figueiredo Hargreaves
Of. Subst.: Bel. Mª da Conceição C. Gonçalves
Rua Halfeld, 651/1505 e 1506 - Centro

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em sexta-feira, 1 de setembro de 2023 10:34:56 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.
721

CONVÊNIO DE COOPERAÇÃO ENTRE A MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS E A SUPREMA-SOCIEDADE UNIVERSITÁRIA PARA O ENSINO MÉDICO ASSISTENCIAL LTDA.

§ 5º As importâncias estipuladas nos incisos II a IV desta cláusula serão atualizadas monetariamente pelo INPC da Fundação Getúlio Vargas (ou pelo índice que o substitua, apurado segundo igual metodologia), a partir da celebração deste convênio, observando-se a periodicidade anual.

§ 6º Para os fins do Parágrafo 5º, retro, a Suprema, no mês de janeiro de cada ano, procederá à atualização ali referida, e informará à Maternidade, por escrito, a importância fixa a ser aportada no decorrer do ano respectivo.

CLÁUSULA 4ª - No intuito de cooperação mútua que constitui o substrato deste convênio, a Maternidade franqueará, durante a respectiva vigência e sem quaisquer ônus, o acesso dos docentes e dos discentes da Suprema às suas instalações, para que sejam proporcionados, aos últimos, o estágio profissional e a pós-graduação.

§ 1º O estágio profissional e a pós-graduação de que se cuida serão realizados nas dependências da Maternidade, sob a exclusiva direção e responsabilidade dos docentes da Suprema, perante os quais e no plano das obrigações trabalhistas e previdenciárias responderá unicamente a Suprema.

§ 2º A Maternidade se obriga a obter a colaboração dos profissionais do seu corpo clínico para que se viabilize o intuito acadêmico por detrás desta cláusula, nomeadamente para que se disponham a permitir, aos discentes da Suprema e na forma usual, o acompanhamento dos procedimentos que estejam sob a responsabilidade dos aludidos profissionais.

§ 3º Dentro do prazo de 9 (nove) meses, a contar da data da assinatura deste instrumento, a Suprema submeterá à Maternidade, para aprovação desta, normas destinadas a disciplinar o estágio profissional e a pós-graduação

§ 4º A Suprema se obriga a, em via regressiva, reembolsar à Maternidade as quantias que esta for obrigada a despender, por sentença transitada em julgado, em ações eventualmente movidas contra a mesma pelos estagiários ou pós-graduandos de que trata esta cláusula, bem assim nas intentadas contra a Maternidade por terceiros em razão de atos imputáveis aos ditos estagiarios ou pós-graduandos.

§ 5º Cumprirá à Suprema contratar, por sua conta, o seguro de acidentes pessoais de que trata o art. 8º do Decreto n. 87.497, de 18 de agosto de 1992, em favor dos estagiários e pós-graduados.

CLÁUSULA 5ª -O presente convênio vigerá por 15 (quinze) anos, a contar da data de sua celebração, e será havido por rescindido, de pleno direito, na hipótese da superveniente extinção da Maternidade, falência ou dissolução total da Suprema e de alienação ou desapropriação do imovel em que funciona o hospital da Maternidade

CLÁUSULA 6ª -A rescisão do convênio antes de findo o prazo estipulado, por ato ou fato relativo à Maternidade na forma da Cláusula 5ª, implicará na obrigação desta de restituir à Suprema as quantias por ela gastas na execução das obras e 80% (oitenta por cento) das despesas a título de aporte financeiro, devidamente atualizadas, bem

REGISTRO DE TITULOS, DOCUMENTOS E DAS PESSOAS JURÍDICAS
Oficial: Dra. Lucy Figueiredo Hargreaves
Of. Subst.: Bel. Mª da Conceição C. Gonçalves
Rua Halfeld, 651/1505 e 1506 - Centro

2º OFÍCIO DE NOTAS DE MATIAS BARBOSA - MG
BR 040 - KM 800 - Setor 60 - Loja 6 - Empresarial Parque Sul
Matias Barbosa - CEP: 36.123-000
Tel.: (32) 3273-2236 (32) 3273-2049 (32) 99807-6670

1

Conferido e achado conforme original apresentado.

- LUCAS DE ALMEIDA BRITO
ação: 05/06/2018 16:45:49
.: R$ 1,49 Total: R$ 6,29

REGISTRO DE TÍTULOS, DOCUMENTOS E DAS PESSOAS JURÍDICAS
Oficial: Dra. Lucy Figueiredo Hargreaves
Of. Subst.: Bel. Mª da Conceição C. Gonçalves
Rua Halfeld, 651/1505 e 1506 - Centro

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em sexta-feira, 1 de setembro de 2023 10:34:56 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

CONVÊNIO DE COOPERAÇÃO ENTRE A MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS E A SUPREMA-SOCIEDADE UNIVERSITÁRIA PARA O ENSINO MÉDICO ASSISTENCIAL LTDA.

assim os equipamentos por ela (Suprema) disponibilizados, na forma da Cláusula Segunda, retro.

§ 1º Para os fins do *caput* desta Cláusula, deverá ser elaborado, pela Suprema, um balanço específico das despesas realizadas por ela em prol da Maternidade, a ser visado, mês a mês, pelo representante legal desta.

§ 2º Verificada a hipótese do *caput* desta cláusula, a importância devida pela Maternidade, apurada no balanço específico, deverá ser paga à Suprema em 12 (doze) parcelas mensais, corrigidas pelo INPC, da Fundação Getúlio Vargas, ou, em sua falta, pelo índice que o substitua, vencendo-se a primeira no mês imediatamente subseqüente ao da rescisão do convênio.

§ 3º A devolução dos equipamentos e máquinas de propriedade da Suprema deverá ser procedida pela Maternidade mediante solicitação por escrito, em prazo não excedente a 30 (trinta) dias, a contar da respectiva notificação.

CLÁUSULA 7ª -A rescisão do convênio antes de findo o prazo estipulado, por ato ou fato relativo à Suprema na forma da Cláusula 5ª, implicará na perda por esta em benefício da Maternidade, das acessões e/ou benfeitorias realizadas na forma da Cláusula 2ª, retro, bem assim dos recursos financeiros de que trata a Cláusula 3ª, retro, mantendo-se a obrigação da Maternidade prevista no § 3º, da Cláusula 2ª, retro, sem prejuízo da multa fixada em valor equivalente a 3 (três) vezes o do aporte no mês em que ocorrer a rescisão.

CLÁUSULA 8ª -Permanecerão a cargo da Maternidade os tributos e taxas de sua responsabilidade.

CLÁUSULA 9ª -O presente convênio não importa em sucessão trabalhista ou empresarial, mantendo-se sob a responsabilidade da Maternidade os contratos, inclusive os de natureza laboral, por ela firmados ou a firmar, bem assim os respectivos encargos.

§ 1º Caso a Suprema venha a ser acionada judicialmente em virtude de obrigações assumidas pela Maternidade perante terceiros, a qualquer título, correrão por conta desta todas as despesas realizadas com a defesa daquela em Juízo, inclusive honorários advocatícios.

§ 2º Em sendo a Suprema condenada por decisão judicial transitada em julgado em virtude de obrigação assumida pela Maternidade, a qualquer título, cumprirá a esta arcar com todos os ônus respectivos, sob pena de execução específica.

CLÁUSULA 10 - A Maternidade manterá, em seu sistema de controle patrimonial, controle individualizado dos bens da Suprema.

Parágrafo único - A Maternidade individualizará em sua contabilidade, segregando-os em contas distintas, os repasses financeiros efetuados pela Suprema ao abrigo deste convênio.

REGISTRO DE TÍTULOS, DOCUMENTOS E DAS PESSOAS JURÍDICAS
Oficial: Dra. Lucy Figueiredo Hargreaves
Of. Subst.: Bel. Mª da Conceição C. Gonçalves
Rua Halfeld, 651/1505 e 1506 - Centro

2º OFÍCIO DE NOTAS DE MATIAS BARBOSA - MG
BR 040 - KM 800 - Setor 60 - Loja 6 - Empresarial Parque Sul
Matias Barbosa - CEP: 36.123-000
Tel.: (32) 3273-2236 (32) 3273-2049 (32) 99807-6670

1
Conferido conforme original apresentado.
LUCAS DE ALMEIDA BRITO
Validação: 05/06/2018 16:45:49
FUNJ.: R$ 1,49 Total: R$ 6,29

Selo Digital de Fiscalização
AUTENTICAÇÃO
CUB 69668

REGISTRO DE TÍTULOS, DOCUMENTOS E DAS PESSOAS JURÍDICAS
Oficial: Drª Lucy Figueiredo Hargreaves
Mª da Conceição C. Gonçalves

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em sexta-feira, 1 de setembro de 2023 10:34:56 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

Protocolo: 162231
Reg: 153850
Livro: C32
Folha: 71 Pag: 5
Data: 31/08/2009

REGISTRO DE TÍTULOS E DOCUMENTOS POR EXTRATO
RUA: HALFELD nº 651/1505 - CENTRO - Juiz de Fora-MG
LUCY DE FIGUEIREDO HARGREAVES-
Livro C
Apresentante: ANA CHINELATO

REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS * J. FORA MG *

CONVÊNIO DE COOPERAÇÃO ENTRE A MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS E A SUPREMA-SOCIEDADE UNIVERSITÁRIA PARA O ENSINO MÉDICO ASSISTENCIAL LTDA.

REGISTRO DE TÍTULOS E DOCUMENTOS LUCY DE FIGUEIREDO HARGREAVES OFICIAL - JUIZ DE FORA-MG

CLÁUSULA 11 - As partes elegem o foro da Comarca de Juiz de Fora para dirimir qualquer pendência oriunda deste convênio.

E por estarem assim justas e contratadas, firmam o presente convênio na presença das testemunhas abaixo.

Juiz de Fora, 14 de setembro de 2005.

MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS

SUPREMA-SOCIEDADE UNIVERSITÁRIA PARA O ENSINO MÉDICO ASSISTENCIAL LTDA.

Testemunhas:

Nome: CLEONICE APARECIDA DA SILVA DAIBERT
CI: M-1.596.763 – SSP/MG
CPF: 330.447.596-68

Nome: LUIZ CARLOS ALVES
CI: 030.858/0-6 – CRC/MG
CPF: 332.440.576-91

REGISTRO DE TÍTULOS, DOCUMENTOS E DAS PESSOAS JURÍDICAS
Oficial: Drª Lucy Figueiredo Hargreaves
Of. Substi.: Bel. M. da Conceição C. Gonçalves
Rua Halfeld, 651/1505 e 1506 - Centro

2º OFÍCIO DE NOTAS DE MATIAS BARBOSA - MG
BR 040 - KM 800 - Setor 60 - Loja 6 - Empresarial Parque Sul
Matias Barbosa - CEP: 36.123-000
Tel.: (32) 3273-2236 (32) 3273-2049 (32) 99807-6670

1

Conferido e achado conforme original apresentado.

- LUCAS DE ALMEIDA BRITO
ração: 05/06/2018 16:45:49
J.: R$ 1,49 Total: R$ 6,29

AUTENTICADO

REGISTRO DE TÍTULOS, DOCUMENTOS E DAS PESSOAS JURÍDICAS
Oficial: Drª Lucy Figueiredo Hargreaves
Of. Substi.: Bel. M. da Conceição C. Gonçalves

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em sexta-feira, 1 de setembro de 2023 10:34:56 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

Documento 724

REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS JURÍDICAS J. FORA MG

REGISTRO DE TÍTULOS E DOCUMENTOS - LUCY DE FIGUEIREDO HARGREAVES - OFICIAL - JUIZ DE FORA-MG

TERMO ADITIVO AO CONVÊNIO DE COOPERAÇÃO MÚTUA FIRMADO ENTRE A MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS, ATUALMENTE DENOMINADA HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS E A SOCIEDADE UNIVERSITÁRIA PARA O ENSINO MÉDICO ASSISTENCIAL LTDA.-SUPREMA,

O HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS LTDA., com sede na Rua Dr. Dirceu de Andrade, n. 33, nesta cidade, inscrito no CNPJ sob o n. 21.583.042/0001-72, doravante denominado **Hospital e Maternidade**, e a **SOCIEDADE UNIVERSITÁRIA PARA O ENSINO MÉDICO ASSISTENCIAL LTDA.-SUPREMA**, com sede na BR-040, Km 796, Salvaterra, nesta cidade, inscrita no CNPJ sob o n. 05.079.440/0001-08, mantenedora da Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de Juiz de Fora, doravante denominada **SUPREMA**, por seus representantes legais infra-assinados, estabelecem o presente **TERMO ADITIVO** ao Convênio acima referenciado que firmaram em 14 de setembro de 2.005, conforme as seguintes cláusulas e condições:

PRIMEIRA: O prazo de vigência do referido Convênio, previsto na sua cláusula 5ª será de 30 (trinta) anos, a contar da sua celebração, isto é, 14 de setembro de 2.005.

SEGUNDA: Os aportes financeiros previstos na Cláusula 3ª, incisos I, II, III e IV e parágrafos 1º, 2º, 3º, 4º, 5º e 6º, continuarão a ser cumpridos pela SUPREMA, nas mesmas condições e prazos nela estipulados.

TERCEIRA: Conforme o previsto na Cláusula 2ª, § 2º, as construções dos **prédios 02 e 03**, efetuadas com recursos financeiros exclusivos da SUPREMA, reverterão em favor do Hospital e Maternidade, cabendo à SUPREMA o direito exclusivo e gratuito de uso e ocupação de seus espaços para fins de ensino e pratica de seus respectivos cursos (estágio profissional), nos níveis de graduação, pós-graduação e residência médica, durante todo o prazo de vigência do Convênio, ora aditado.

REGISTRO DE TITULOS, DOCUMENTOS E DAS PESSOAS JURIDICAS
Oficial: Dra. Lucy Figueiredo Hargreaves
Of. Substº.: Bel. Mª da Conceição C. Gonçalves
Rua Halfeld, 651/1505 e 1506 - Centro

2º OFÍCIO DE NOTAS DE MATIAS BARBOSA - MG
BR 040 - KM 800 - Setor 60 - Loja 6 - Empresarial Parque Sul
Matias Barbosa - CEP: 36.123-000
Tel.: (32) 3273-2236 (32) 3273-2049 (32) 99807-6670

1

Conferido e achado conforme original apresentado.

- LUCAS DE ALMEIDA BRITO
ação: 05/06/2018 16:45:49
J.: R$ 1,49 Total: R$ 6,29

Selo de Fiscalização

REGISTRO DE TÍTULOS, DOCUMENTOS E DAS PESSOAS JURÍDICAS
Oficial: Dra Lucy Figueiredo Hargreaves
Gonçalves

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em sexta-feira, 1 de setembro de 2023 10:34:56 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

Termo aditivo ao Convênio de Cooperação Mútua firmado entre o Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus e a Sociedade Universitária para o Ensino Médico Assistencial Ltda-SUPREMA.

Parágrafo único – Os prédios 02 e 03 estão localizados nas áreas compreendidas em relação ao prédio 01 que compõe o bloco hospitalar principal, composto cada um deles de 02 pisos, assim constituídos: **prédio 02**- localizado na parte a oeste do terreno, medindo 330 metros quadrados, contendo no 1° piso: laboratório e lavanderia; 2° piso: salas de aula; **prédio 03**- localizado ao sul do terreno, com face para oeste, medindo 1.000 metros quadrados ao todo dos dois pisos, contendo o 1° piso: salas de aula, arquivo e biblioteca; 2° piso: clínica odontológica.Aos prédios 02 e 03 é garantida pelo Hospital e Maternidade a circulação para pedestre e veículos, com saídas e entradas independentes para as áreas de circulação do bloco 01 e por sua entrada principal localizada na Rua Dr. Dirceu de Andrade, n.33

QUARTA: A Cláusula 4ª, *caput*, do Convênio passará a ter a seguinte redação: "...o estágio profissional, a pós-graduação e os programas de residência médica."

QUINTA: A título de compensação financeira pela ocupação e utilização exclusiva dos prédios referidos na Cláusula 3 (três) deste Termo Aditivo do Convênio, a SUPREMA repassará ao Hospital e Maternidade, a cada mês da sua vigência, a importância de R$8.000,00(oito mil reais), a partir de 1° de janeiro de 2.020, ocasião em que este valor será atualizado pelo INPC da Fundação Getúlio Vargas(ou pelo índice que o substitua, apurado por igual metodologia)

Ratificam-se as demais cláusulas do Convênio e ficam sem efeito as que colidirem com o ora avençado.

E, por haverem assim ajustado, as partes firmam o presente Termo Aditivo ao Convênio, em 2 (duas) vias de igual teor e forma , na presença das testemunhas abaixo , para que se operem os devidos efeitos legais.

Juiz de Fora, 17 de agosto de 2009

Dr. José Mariano Soares de Moraes
Presidente do Conselho Deliberativo
HMTJ

Dr. Ricardo Capucio da Conceição
Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus
Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus

SUPREMA-Sociedade Universitária para o Ensino Médico Assistencial Ltda.

REGISTRO DE TÍTULOS, DOCUMENTOS
E DAS PESSOAS JURÍDICAS
Oficial: Dra. Lucy Figueiredo Hargreaves
Of. Subst.: Bel. M.ª da Conceição C. Gonçalves
Rua Halfeld, 651/1505 e 1506 - Centro

2º OFÍCIO DE NOTAS DE MATIAS BARBOSA - MG
BR 040 - KM 800 - Setor 60 - Loja 6 - Empresarial Parque Sul
Matias Barbosa - CEP: 36.123-000
Tel.: (32) 3273-2236 (32) 3273-2049 (32) 99807-6670

1

Conferido e achado conforme original apresentado.

Selo de fiscalização
AUTENTICAÇÃO
CUB 89663

- LUCAS DE ALMEIDA BRITO
ação: 05/06/2018 16:45:49
.: R$ 1,49 Total: R$ 6,29

REGISTRO DE TÍTULOS, DOCUMENTOS
E DAS PESSOAS JURÍDICAS
Oficial: Drª Lucy Figueiredo Hargreaves
Subst.: Bel. Mª da Conceição C. Gonçalves

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em sexta-feira, 1 de setembro de 2023 10:34:56 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

Protocolo: 162231 Reg: 153850 Livro: C32 Folha: 74 Pag: 8 Data: 31/08/2009	**REGISTRO DE TÍTULOS E DOCUMENTOS POR EXTRATO** **RUA: HALFELD nº 651/1505 - CENTRO - Juiz de Fora-MG** **LUCY DE FIGUEIREDO HARGREAVES-** **Livro C** Apresentante: ANA CHINELATO

REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS JURÍDICAS * J. FORA MG *

REGISTRO DE TÍTULOS E DOCUMENTOS - LUCY DE FIGUEIREDO HARGREAVES - OFICIAL - JUIZ DE FORA-MG

Termo aditivo ao Convênio de Cooperação Mutua firmado entre o Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus
Sociedade Universitária para o Ensino Médico Assistencial Ltda-SUPREMA.

Testemunhas:
Nome: Juliana T L Andrade
CI: MG-13.217.677
CPF 003605116-09

Nome:
CI: 81[illegible]
CPF: 019.114.606-40

Dr. [illegible] Lopes
[illegible]

Dr. Ricardo Campos da Conceição
[illegible] de Jesus

Dr. José Mariano Soares de Moraes
Presidente do Conselho Deliberativo
HMTJ

REGISTRO DE TITULOS, DOCUMENTOS E DAS PESSOAS JURIDICAS
Oficial: Dra. Lucy Figueiredo Hargreaves
Of. Subst.: Bel. Mª da Conceição C. Gonçalves
Rua Halfeld, 651/1505 e 1506 - Centro

REGISTRO DE TITULOS, DOCUMENTOS E DAS PESSOAS JURIDICAS
Oficial: Dra. Lucy Figueiredo Hargreaves
Of. Subst.: Bel. Mª da Conceição C. Gonçalves
Rua Halfeld, 651/1505 e 1506 - Centro

[illegible] REGISTRO DE TITULOS E DOCUMENTOS E DAS PESSOAS JURIDICAS
[illegible] apresentado sob o número [illegible]
[illegible] registrado no Livro [illegible]
[illegible]
Juiz de Fora, [illegible] de [illegible] de 2018
[illegible]

conforme original apresentado.
[illegible] - LUCAS DE ALMEIDA BRITO
[illegible]zação: 05/06/2018 16:45:49 Total: R$ 6,29
J.: R$ 1,49

CONVENIO DE COOPERAÇÃO MÚTUA

Dou fé. Juiz de Fora, 01 de junho de 2018.

LUCY DE FIGUEIREDO HARGREAVES - OFICIALA

Código	Ato	QQtd.	Emolumento	ISS	Recompe	TFJ	Total
5801-6	Certidão TD	1	R$ 16,07	R$ 0,85	R$ 0,96	R$ 6,02	R$ 23,90
5802-4	Folha Adicional TD	7	R$ 4,90	R$ 0,28	R$ 0,28	R$ 1,05	R$ 6,51
Total			R$ 20,97	R$ 1,13	R$ 1,24	R$ 7,07	R$ 30,41

Poder Judiciário - TJMG - Corregedoria-Geral de Justiça
1º Ofício RTD E CPJ de Juiz de Fora/MG
Juiz de Fora, MG
Selo Número: CAL19361
Código: 7186.8473.7843.8421
Total de atos: 8 / Emol: 22,21 TFJ: 7,07 Total: 29,28
Consulte a validade deste Selo no site: https://selos.tjmg.jus.br

REGISTRO DE TÍTULOS, DOCUMENTOS E DAS PESSOAS JURÍDICAS
Oficial: Dra Lucy Figueiredo Hargreaves
Of. Subst.: Bel. Mª da Conceição C. Gonçalves
Rua Halfeld, 651/1505 e 1506 - Centro

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em sexta-feira, 1 de setembro de 2023 10:34:56 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

TERMO ADITIVO AO CONVÊNIO DE COOPERAÇÃO MÚTUA FIRMADO ENTRE A MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS, ATUALMENTE DENOMINADA HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS E A SOCIEDADE UNIVERSITÁRIA PARA O ENSINO MÉDICO ASSISTENCIAL LTDA – SUPREMA.

O ***HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS LTDA***., com sede à Rua Dr. Dirceu de Andrade, nº 33, nesta cidade, inscrito no CNPJ sob o nº 21.583.042/0001-72, doravante denominado **Hospital e Maternidade**, e a ***SOCIEDADE UNIVERSITÁRIA PARA O ENSINO MÉDICO ASSISTENCIAL LTDA – SUPREMA***, com sede na Alameda Salvaterra, nº 200, Salvaterra, nesta cidade, inscrita no CNPJ sob o nº 05-079.440/0001-08, mantenedora da Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de Juiz de Fora, doravante denominada SUPREMA, por seus representantes legais infra-assinados, estabelecem o presente **TERMO ADITIVO** ao Convênio acima referenciado que firmaram em 14 de setembro de 2005, conforme as seguintes cláusulas e condições:

PRIMEIRA: O prazo de vigência do referido Convênio, previsto na sua Cláusula 5ª será de 30 (trinta) anos, a contar da sua celebração, isto é, 14 de setembro de 2005.

SEGUNDA: Os aportes financeitos previstos na Cláusula 3ª, incisos I, II, III e IV e parágrafos 1º, 2º, 3º, 4º, 5º e 6º, continuarão a ser cumpridos pela SUPREMA, nas mesmas condições e prazos estipulados.

TERCEIRA: O Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus se responsabilizará pela contratação de médicos e dentistas preceptores em regime de contratação a ser definido, para acompanhamento de atividades de ensino e pesquisa na área da assistência à saúde.

QUARTA: A título de compensação financeira pela contratação dos profissionais referidos na Cláusula 3ª deste Termo Aditivo de Convênio, a Suprema repassará ao Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus, a cada mês de sua vigência, até o dia 10 do mês subsequente, após aprovação da planilha de desembolso encaminhada previamente, a importância mensal apresentada através da referida planilha.

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em sexta-feira, 1 de setembro de 2023 10:34:56 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

Parágrafo único: Para acerto das importâncias relativas ao período de Maio de 2013 até Novembro de 2014, a Suprema repassará ao Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus a importância de R$277.319,18 (duzentos e setenta e sete mil, trezentos e dezenove reais e dezoito centavos) a título de reembolso dos valores efetivamente pagos pelo Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus.

Rafiticam-se as demais cláusulas do Convênio e ficam sem efeito as que colidirem com o ora avençado.

E por haverem assim ajustado, as partes firmam o presente Termo Aditivo ao Convênio, em duas (duas) vias de igual teor e forma, na presença das testemunhas abaixo, para que se operem os devidos efeitos legais.

Juiz de Fora, 14 de março de 2015.

Dr. Ricardo Campelo da Conceição
Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus

Sociedade Universitária para o Ensino Médico Assistencial Ltda – SUPREMA

Testemunhas:

Nome:
RG:
CPF:

Nome:
RG:
CPF:

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em sexta-feira, 1 de setembro de 2023 10:34:56 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
E DA SAÚDE DE JUIZ DE FORA

CONVÊNIO DE COOPERAÇÃO MÚTUA PARA FORMAÇÃO DE PROFISSIONAIS NA ÁREA DE SAÚDE ENTRE QUE ENTRE SI FAZEM SUPREMA – SOCIEDADE UNIVERSITÁRIA PARA O ENSINO MEDICO ASSISTENCIAL LTDA, MANTENEDORA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS E DA SAÚDE DE JUIZ DE FORA E HOSPITAL MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS

Por este instrumento particular e na melhor forma de direito:

I. **SUPREMA - Sociedade Universitária para o Ensino Médico Assistencial Ltda.**, pessoa jurídica de direito privado, , com sede na Alameda Salvaterra, nº 200 - Bairro Salvaterra, Juiz de Fora/MG, inscrita no CNPJ sob o no 05.079.440/0001-08, mantenedora da **Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de Juiz de Fora – FCMS/JF**, doravante denominada, simplesmente, **FCMS/JF** ou **SUPREMA**, neste ato representada pelo Diretor de Ensino, Pesquisa e Extensão, Prof. Dr. Djalma Rabelo Ricardo e pelo Diretor Financeiro Dr. Ângelo Marciano Lopes.

II. **Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus - HMTJ**, pessoa jurídica de direito privado, sem fins lucrativos, de natureza beneficente e de assistência social (filantrópica), inscrita no CNPJ sob o nº 21.583.042/0001-72, com sede na Rua Dirceu de Andrade, nº 33 – Bairro São Mateus - Juiz de Fora/MG, doravante denominada simplesmente **HMTJ**, neste ato representada seu Diretor Presidente, Marco Antônio Guimarães de Almeida.

CONSIDERANDO:

a) que, nos termo do art. 1º da Lei nº 11.788/08, "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";

b) que o estágio supervisionado obrigatório é componente curricular em todos os cursos superiores ofertados pela FCMS/JF;

c) que encontra-se em vigor Convênio de Cooperação firmado em 14/09/2005, o qual tem por objeto, dente outros, proporcionar estágio obrigatório aos estudantes matriculados em cursos de graduação e pós-graduação ministrados pela FCMS/JF;

d) que é obrigação do HMTJ, na condição de parte concedente dos estágios, "indicar funcionário de seu quadro de pessoal, com formação ou experiência profissional na área de conhecimento desenvolvida no curso do estagiário, para orientar e supervisionar até 10 (dez) estagiários simultaneamente" (art. 9º, III, da Lei nº 11.788/08";

e) que, em relação ao Curso de Medicina, a orientação e supervisão de estagiários, no ambiente de trabalho, é exercida por profissionais denominados preceptores, vinculados à parte concedente do estágio, conforme se depreende do § 1º, do art. 24, da Resolução CNE/CES nº 3, de 20 de junho de 2014;

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em sexta-feira, 1 de setembro de 2023 10:34:56 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

f) que é interesse da FCMS/JF proporcionar as melhores condições possíveis para que os estudantes/estagiários matriculados em seus cursos devolvam plenamente suas capacidades e potencialidades;

g) que, para um melhor aproveitamento das atividades de estágio/internato médico e melhor adequação dos estágios obrigatórios desenvolvidos no âmbito do HMTJ, tornou-se necessário disponibilizar maior número de profissionais supervisores/preceptores;

RESOLVEM CELEBRAR Convênio de Cooperação Mútua objetivando dotar o HMTJ de capacidade financeira para melhorar da relação número de profissionais supervisores/preceptores vinculados ao HMTJ x número de estudantes supervisionados/preceptorados matriculados em cursos superiores ministrados pela FCMS/JF, nos termos e condições que seguem.

Cláusula primeira. O HMTJ compromete-se a disponibilizar profissionais vinculados ao Hospital para atuar como supervisores/preceptores de estagiários matriculados em cursos superiores ministrados pela FCMS/JF, em número suficiente para atender às necessidades de adequada implementação dos projetos pedagógicos dos referidos cursos.

1.1. O número de supervisores/preceptores necessários à adequada implementação das atividades de estágio previstas nos projetos pedagógicos dos cursos ministrados pela FCMS/JF será estabelecido em comum acordo entre a Diretoria de Ensino Pesquisa e Extensão da FCMS/JF e o Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus.

Cláusula segunda. Com o objetivo de cobrir custos operacionais decorrentes do compromisso assumido nos termos da cláusula primeira deste Convênio, a Suprema obriga-se a repassar ao HMTJ, semestralmente, valor que será ajustado entre as partes, por escrito, com base em planejamento que será realizado em conjunto pela Diretoria de Ensino, Pesquisa e Extensão da FCMS/JF e o Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus.

2.1. O valor necessário a cobrir os custos operacionais será repassado semestralmente, em uma única parcela, em datas a serem estabelecidas de comum acordo, após concluído o planejamento referido no *caput*.

2.2. Ao final de cada semestre e antes do recebimento da parcela destinada a cobrir custos relativos ao semestre subsequente, o HMTJ prestará contas detalhadas à SUPREMA.

2.3. Para o ano de 2020, considerando custos já incorridos desde o mês de abril, acrescidos de custos a incorrer até o final do segundo semestre deste ano, ajustam as partes que a SUPREMA repassará, no ato de assinatura deste Convênio, o valor de R$ 296.299,30 (duzentos e noventa e seis mil, duzentos e noventa e nove reais e trinta centavos), montante do qual o HMTJ prestará contas, nos termos do item 2.2.

Cláusula terceira. Sendo o estágio um ato educativo desenvolvido em ambiente de trabalho, sob supervisão de profissional com formação na área de desenvolvimento do estágio, compromete-se o HMTJ a indicar, para o exercício da supervisão/preceptoria de estagiários exclusivamente profissionais a si vinculados.

Cláusula quarta. São condições gerais deste Convênio:

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em sexta-feira, 1 de setembro de 2023 10:34:56 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

4.1. As notificações, comunicações ou informações entre as partes deverão ser feitas por escrito, por qualquer meio (inclusive eletrônico), a menos que outro tenha sido indicado, por escrito, mediante aviso, com antecedência mínima de 10 (dez) dias.

4.2. O não exercício, pelas partes, de quaisquer dos direitos ou prerrogativas previstas neste instrumento, ou mesmo na legislação aplicável, será tido como ato de mera liberalidade, não constituindo alteração ou novação das obrigações ora estabelecidas, cujo cumprimento poderá ser exigido a qualquer tempo, independentemente de comunicação prévia.

4.3. Nenhuma das partes será responsável por descumprimento de suas obrigações em consequência de caso fortuito ou força maior, nos termos da legislação aplicável, devendo, para tanto, comunicar a ocorrência de tal fato de imediato à outra parte e informar os eventos danosos do evento.

4.4. Constatada a ocorrência de caso fortuito ou de força maior, ficarão suspensas, enquanto essas perdurarem, as obrigações que as partes ficarem impedidas de cumprir.

4.5. As partes serão responsáveis, individualmente, por todo e qualquer ato ou omissão que vierem a ser praticados por seus diretores, prepostos ou empregados, relativamente às obrigações de cada um, constantes deste contrato, em especial os que venham gerar responsabilidade de natureza civil, criminal, tributária, trabalhista, previdenciária, com exclusão de toda a responsabilidade, da parte que comprovar não ser responsável pelos danos citados nesta cláusula, brigando-se a parte comprovadamente responsável por eventual dano praticado por qualquer de seus empregados, diretores ou prepostos a arcar com todos os custos, indenizações e compensações decorrentes de sua responsabilidade.

4.6. Se qualquer das partes for demanda judicialmente por terceiros, em decorrência da inobservância de obrigação ou dano provocado pela parte contrária, obriga-se a parte acionada a informar a parte responsável pela reparação sobre a existência da referida demanda, e promover, sempre que a lei o admitir, a denunciação da lide, obrigando-se a parte efetivamente responsável pela reparação, nos termos deste contrato, a arcar com o valor de eventual condenação que vier a ser imposta à parte originalmente acionada, inclusive custas e despesas incorridas com a defesa.

4.7. Em qualquer hipótese, obriga-se a parte a quem caiba cumprir obrigação assumida nos termos deste contrato, fornecer à parte contrária, caso esta venha ser acionada judicialmente por descumprimento da referida obrigação, todos os meios necessários à defesa, sem prejuízo da responsabilidade por eventuais encargos, condenações ou despesas, inclusive honorários de advogado, que venham a ser suportados no curso da demanda.

4.8. Nenhum vínculo de emprego se formará entre a SUPREMA e os supervisores/preceptores vinculados ao HMTJ que, por conta e ordem deste, exercerem a supervisão/preceptoria de estagiários matriculados em cursos ministrados pela FCMS/JF.

Cláusula quinta. A parte que descumprir qualquer das cláusulas deste Convênio sujeitar-se-á ao pagamento de multa correspondente a 30% (trinta por cento) do valor anual

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em sexta-feira, 1 de setembro de 2023 10:34:56 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

repassado nos termos da cláusula terceira, independentemente da indenização a que fizer jus a parte que vier sofrer algum dano, em razão do inadimplemento contratual.

Cláusula sexta. Fica eleito o Foro da Justiça Estadual, Comarca de Juiz de Fora, para dirimir quaisquer questões oriundas da execução deste instrumento, com renúncia a qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

E por estarem de acordo, assinam o presente instrumento, juntamente com as testemunhas abaixo indicadas, em 02 (duas) vias de igual teor e forma para que produza os efeitos legais.

Juiz de Fora, 20 de outubro de 2020.

Dr. Djalma Rabelo Ricardo

SUPREMA – Sociedade Universitária para Ensino Médico Assistencial LTDA.

Dr. Ângelo Marciano Lopes

SUPREMA – Sociedade Universitária para Ensino Médico Assistencial LTDA.

Marco Antônio Guimarães de Almeida
DIRETOR PRESIDENTE
HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS

Marco Antônio Guimarães de Almeida

Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus - HMTJ

Testemunhas:

Nome: Élitra Montessi Nicolini
CPF: 069.972.646-89

Nome: Edna Maria Arêdes Paiva
CPF: 049.189.156-39

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em sexta-feira, 1 de setembro de 2023 10:34:56 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

734

CONTRATO DE CONVÊNIO DE ESTÁGIO

O Instituto Regina Mater de Educação Profissional Ltda (IRMEP), através do **Curso Aprimoramento Profissional em Instrumentação Cirúrgica** , localizada na Rua Olegário Maciel, 2175 3º andar, Bairro Paineiras, na cidade de Juiz de Fora, Minas Gerais, inscrito no CNPJ sob o número 13.025.124/0001-73, doravante denominada , atualmente, como IRME II- instituto Regina Mater de Educação anteriormente denominado **Colégio CECON Juiz de Fora**, neste ato representado por seu representante legal Tânia Maria Fonseca Hermes Zuquim Alves, CPF:004.551.026-19, vem junto a empresa **Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus – HMTJ**, situada à Rua Dirceu de Andrade, nº 33, complemento_____, Bairro São Mateus CEP 36025-330 , inscrito no CNPJ sob o número 21.583.042/0001-72 , neste ato representado pelo Sr.(a) _____, CPF _____, firmar contrato de convênio para realização do estágio curricular obrigatório dos alunos do curso de **Instrumentação Cirúrgica** que regerá de conformidades com as seguintes cláusulas e condições:

CLAÚSULA PRIMEIRA- Dos objetivos:

1.1 – A concessão, pelo conveniado, de estágio obrigatório **(não remunerado)**, aos alunos regulamente matriculados no curso de Aprimoramento Profissional em **Instrumentação Cirúrgica** , mantida pelo IRMEP-**Instituto Regina Mater de Educação Profissional Ltda.**

1.2 O estágio visa ao aprendizado de competências próprias da atividade profissional e à contextualização curricular, objetivando o desenvolvimento do educando para a vida cidadã e para o trabalho.

1.3 Os estágios destinar-se-ão aos alunos regularmente matriculados no IRME II_ INSTITUTO REGINA MATER DE EDUCAÇÃO e que satisfaçam as condições exigidas pelo conveniado.

CLAÚSULA SEGUNDA – Do prazo do estágio:

2.1 – O estágio referente ao curso **de Aprimoramento Profissional em Instrumentação Cirúrgica** , terá duração máxima de 17 (dezessete) dias, (conforme planilha que será enviada), podendo ser interrompidos a pedido do interessado ou por conveniências da administração do conveniado. O desligamento deverá ser comunicado com 30 (trinta) dias de antecedência.

2.2 – A regra do artigo não se aplica aos alunos com deficiência.

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em sexta-feira, 1 de setembro de 2023 10:34:56 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

2.3 – Os estagiários de que se trato o presente convênio não criam vínculo empregatício de qualquer natureza.

CLAÚSULA TERCEIRA – Das obrigações da convenente:

3.1 – A convenente se obriga a abrir inscrições entre seus alunos para o preenchimento das vagas oferecidas indicando os candidatos inscritos.

3.2 – A convenente indicará professor-orientador da área a ser desenvolvida no estágio, como responsável pelo acompanhamento e avaliação das atividades do aluno estagiário.

CLAÚSULA QUARTA – Das competências:

4.1 – **Competem ao conveniado**:

4.1.1 – Oferecer campo de estágio obrigatório, nos seus serviços, autorizados previamente, para os alunos, considerando a capacidade física e humana nas unidades receptoras para a realização destas atividades.

4.1.2 – Garantir aos preceptores e alunos da instituição formadora o uso das unidades de serviços de saúde em concordância com a programação assistencial do conveniado nos horários acordados com o convenente.

4.1.3 – O conveniado fixará o número de vagas para os alunos que poderá variar segundo a capacidade/necessidade/interesse, do que dará prévio conhecimento à convenente.

4.1.4 – Avaliar juntos aos representantes do curso e da unidade de serviço de saúde, ao término de cada período, as atividades curriculares realizadas.

4.1.5 – Facilitar aos docentes designados pela convenente acesso aos locais ofertados para as atividades curriculares, para conhecimento e entrosamento com os serviços e equipes.

4.1.6 – Informar a convenente, com antecedência mínima de 01 (um) semestre letivo, qualquer alteração do programa aprovado.

4.1.7 – Assinar, através do responsável da unidade de saúde do conveniado receptora dos estagiários, o Termo de Compromisso de estágio, conforme modelo anexo.

4.2 – **Competem à Convenente**:

4.2.1 – Apresentar ao setor responsável, para o conhecimento e acompanhamento: Cópia Termo de Convênio/Aditivo vigente/Plano de Atividades do estagiário, relação Nominal com número de matrícula dos alunos, Nome e contato dos Coordenadores/Professores responsáveis pelo estágio.

4.2.2 – Apresentar comprovação/cartão de vacina de todos estagiários e preceptores com imunização de BCG, Dupla Adulto (recente), Rubéola, Sarampo e Hepatite B (três doses).

4.2.3 – Participar quando solicitado das reuniões semestrais nas unidades receptoras de estágio.

735
O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em sexta-feira, 1 de setembro de 2023 10:34:56 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

4.2.4 – Os Coordenadores de Curso da Convenente serão informados das normas/rotinas e regulamentos do estágio elaborado nos serviços para divulgar aos preceptores de estágio e principalmente aos alunos.

4.2.5 – Encaminhar após aprovação do Plano de Atividades do estágio, preceptor para reconhecimento do local de estágio, conhecendo as condições de funcionamento, antes de seu início.

4.2.6 – Informar ao conveniado, com antecedência mínima de 01 (um) semestre letivo, qualquer alteração do programa aprovado.

4.2.7 – Assegurar a supervisão dos alunos que estiverem atuando nos campos ofertados.

4.2.8 – Assegurar que os alunos se apresentem nos respectivos locais de atividades curriculares, devidamente paramentados de acordo com as atividades curriculares exercidas .

4.2.9 – Respeitar as questões de cunho privativo do conveniado, Códigos de Ética, Carta de Direitos do paciente e leis regulamenta o Conselho categoria da profissional.

4.2.10 – Efetuar Seguro contra Acidentes pessoais, para os alunos que estiverem atuando nos campos de estágio.

4.2.11 – Fornecer a instituição, como contrapartida, os seguintes itens com a descrição fornecida abaixo:

* 100 Compressas Cirúrgicas..

CLAÚSULA QUINTA – Das disposições finais:

5.1 – Os alunos só poderão iniciar seu estágio depois de firmarem Termo de Compromisso e Aceitação de Estágio, que disporá sobre seus direitos e deveres.

5.2 – Será desligado do estágio o aluno que não observar a conduta disciplinar exigida no Termo de Compromisso e Aceitação do estágio por ele assinado, as normas/rotinas e regulamentos das unidades receptoras.

5.3 – O conveniado não terá, para quaisquer efeitos, vínculo empregatício quer com os alunos, quer com os Professores orientadores.

5.4 – Os estágios referente ao curso de aprimoramento profissional em Técnico em Enfermagem , terá a duração de 6 (seis) meses, devendo obedecer ao período letivo dos alunos.

5.5 – A denúncia do presente convênio poderá ser feita por ambas as partes em qualquer tempo, mediante comunicação prévia, por escrito, no prazo de 30 (trinta) dias.

CLAÚSULA SEXTA – Da rescisão:

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em sexta-feira, 1 de setembro de 2023 10:34:56 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

CLAÚSULA SEXTA – Da rescisão:

6.1 – O presente termo poderá ser rescindido pelo descumprimento das condições pactuadas, pela superveniência de norma legal ou fato administrativo que torne formal ou materialmente inexequível ou por iniciativa de quaisquer das partes, mediante prévio aviso, por escrito, com antecedência mínima de 01 (um) dia semestre letivo.

CLAÚSULA SÉTIMA – Do foro:

7.1 – As partes elegem o Foro da Comarca de Juiz de Fora para dirimir questões oriundas deste convênio, para dirimir toda e qualquer dúvida suscitada em razão do presente Termo, excluindo qualquer outro por mais privilegiando que seja.

E por estarem justos e acordados, firmam o presente instrumento, que depois de lido e achado conforme, vai por todos assinados na presença de 02 (duas) testemunhas, em 2 (duas) vias.

Juiz de Fora (MG, 15 de julho de 2019.

Tânia Maria Fonseca Hermes Zuquim Alves
Representante Legal

Representante Legal do Conveniado

737
O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em sexta-feira, 1 de setembro de 2023 10:34:56 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

CONVÊNIO DE ESTÁGIO

HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS - HMTJ, inscrito no CNPJ sob o n. 21.583.042/0001-72 e Inscrição Estadual isento, com sede na Rua Dr. Dirceu de Andrade, n. 33, Bairro São Mateus, CEP 36.025-330, Juiz de Fora, MG, doravante denominado simplesmente CONCEDENTE, por seu representante legal infra-assinado, e **JB CURSOS DE ENFERMAGEM S.A.**, situada na Av. Getúlio Vargas, n. 721 sala 201, Centro, CEP 36.013-010, Juiz de Fora, MG, inscrita no CNPJ sob o n. **10.800.436/0002-08**, doravante denominada CONVENENTE, por sua representante legal infra-assinado, resolvem celebrar o presente convênio para realização de estágio curricular obrigatório dos alunos dos cursos de Instrumentação Cirúrgica e Técnico em Enfermagem, que se submeterá às seguintes cláusulas e condições:

1. **OBJETO.**

1.1 Constitui objeto do presente convênio, a concessão, pelo CONCEDENTE, de estágio obrigatório (não remunerado) aos alunos regularmente matriculados no **Curso de Técnico de Enfermagem** do CONVENENTE, e que satisfaçam as condições exigidas pelo CONCEDENTE.

1.2 O estágio visa ao aprendizado de competências próprias da atividade profissional e à contextualização curricular, objetivando o desenvolvimento do educando para a vida cidadã e para o trabalho.

2. **VIGÊNCIA.**

2.1 O presente instrumento vigorará pelo prazo de 12 (doze) meses, contados a partir de 01 de julho de 2022, sendo renovado automaticamente por períodos iguais e subsequentes, na ausência de manifestação expressa e contrária das partes contratantes.

3. **DO PRAZO DE DURAÇÃO DO ESTÁGIO**

3.1 O estágio objeto deste pacto terá duração máxima de 30 (trinta) dias, de segunda-feira a domingo, conforme planilha que será enviada ao CONCEDENTE pela CONVENENTE, podendo ser interrompido a pedido do interessado ou por conveniência do CONCEDENTE.

3.2 A interrupção, em qualquer das modalidades a que alude o item 3.1, retro, dar-se-á de imediato, sem necessidade de comunicação prévia, salvo nos casos de alunos portadores de deficiência.

4. **DAS OBRIGAÇÕES DA CONVENENTE**

4.1 Abrir inscrições entre seus alunos para o preenchimento das vagas ofertadas pelo CONCEDENTE.

4.2 Indicar professor orientador na área do estágio, como responsável pelo acompanhamento e avaliação das atividades dos estagiários por ela encaminhados, assegurando, assim, a supervisão dos alunos que estiverem atuando nos campos ofertados.

4.3 Apresentar ao CONCEDENTE, antes do início das atividades, para conhecimento e acompanhamento: Cópia do Termo de Convênio/Aditivo vigente, Plano de Atividades do estagiário, relação nominal com número de matrícula dos alunos

Este documento foi assinado digitalmente por Marco Antonio Guimaraes De Almeida. Este documento foi assinado eletronicamente por Victor Vitoi Cangussu, Cleyson Luiz Oliveira da Silva, Alessandra Aguiar Lopes e BERNARDO SLEUMER HAMACEK.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://vertsign.portaldeassinaturas.com.br e utilize o código 3A68-2361-6C42-0BFA.

Este documento foi assinado digitalmente por Marco Antonio Guimaraes De Almeida. Este documento foi assinado eletronicamente por Victor Vitoi Cangussu, Cleyson Luiz Oliveira da Silva, Alessandra Aguiar Lopes e BERNARDO SLEUMER HAMACEK.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://vertsign.portaldeassinaturas.com.br e utilize o código 3A68-2361-6C42-0BFA.

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALLI, em sexta-feira, 1 de setembro de 2023 10:34:56 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

encaminhados, nome e contato dos Coordenadores/Professores responsáveis pelo estágio, Termo de Compromisso de Estágio.

4.4 Apresentar comprovação/cartão de vacina de todos os estagiários e preceptores com imunização de BCG, Dupla Adulto (recente), Rubéola, Sarampo e Hepatite B (Três doses), junto ao Serviço de Saúde Ocupacional do Concedente.

4.5 Participar, quando solicitada, de reuniões nas unidades receptoras de estágio.

4.6 Fornecer ao CONCEDENTE, mensalmente, escala de alunos e preceptores, da qual constem o nome e o número de alunos e preceptores encaminhados por turno, incluindo os finais de semana.

4.7 Encaminhar Preceptor, após aprovação do Plano de Atividades do Estágio, para reconhecimento do local de estágio, conhecendo as condições de funcionamento, antes de seu início.

4.8 Informar ao CONCEDENTE, com antecedência mínima de 01 (um) semestre letivo, qualquer alteração do programa aprovado.

4.9 Assegurar que os alunos se apresentem nos respectivos locais de atividades curriculares, devidamente paramentados, de acordo com as atividades curriculares exercidas.

4.10 Respeitar as questões de cunho privativo do CONCEDENTE, Código de Ética, Carta de Direitos do Paciente e Leis que regulamentam a categoria profissional e normas e rotinas do serviço.

4.11 Realizar seguro contra acidentes pessoais para todos os alunos que estiverem atuando nos campos de estágio disponibilizados, encaminhando ao CONCEDENTE, antes do início das atividades, a cópia da apólice do seguro e seu respectivo número.

4.12 Fornecer ao CONCEDENTE, semestralmente, como contrapartida, os seguintes materiais:

PARA OS ALUNOS DO CURSO TÉCNICO EM ENFERMAGEM	
QUANTIDADE	**MATERIAIS**
20	Caixas de Luvas de Procedimento (Cada caixa contendo 100 unidades)
20	Caixas de Máscara Cirúrgica Descartável (Cada caixa contendo 50 unidades)
80	Pacotes de Capotes de Manga Longa Descartável de TNT (Cada pacote com 10 unidades)
20	Pacotes com Gorro Cirúrgico Descartável de TNT (Cada pacote com 100 unidades)

4.12.1 Os materiais fornecidos pela CONVENENTE deverão ser entregues no setor de Almoxarifado do CONCEDENTE, seguindo os respectivos horários de funcionamento, mediante conferência do seu recebimento, em conjunto com o gerente de enfermagem.

5. DAS OBRIGAÇÕES DO CONCEDENTE

Este documento foi assinado digitalmente por Marco Antonio Guimaraes De Almeida. Este documento foi assinado eletronicamente por Victor Vitoi Cangussu, Cleyson Luiz Oliveira da Silva, Alessandra Aguiar Lopes e BERNARDO SLEUMER HAMACEK.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://vertsign.portaldeassinaturas.com.br e utilize o código 3A68-2361-6C42-0BFA.

Este documento foi assinado digitalmente por Marco Antonio Guimaraes De Almeida. Este documento foi assinado eletronicamente por Victor Vitoi Cangussu, Cleyson Luiz Oliveira da Silva, Alessandra Aguiar Lopes e BERNARDO SLEUMER HAMACEK.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://verificador.iti.gov.br e utilize o código 1A01-6C12-0B15-E1E5.
O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por ADE MARIA GUARNIERI GALLI, em sexta-feira, 1 de setembro de 2023 10:34:56 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

5.1 Ofertar campo de estágio obrigatório em seus serviços aos alunos da CONVENENTE, na medida de sua necessidade e disponibilidade, considerando a capacidade física e humana nas unidades receptoras para a realização das atividades a serem desenvolvidas.

5.2 Garantir aos preceptores e alunos discriminados na escala mensal encaminhada pela CONVENENTE, nos termos do tópico 4.6, o uso das unidades de serviços de saúde em concordância com a programação assistencial nos horários acordados.

5.3 Fixar e informar, previamente, o número de vagas disponíveis para os alunos da CONVENENTE, conforme sua capacidade, necessidade e interesse.

5.4 Avaliar junto aos representantes da CONVENENTE, ao término de cada período, as atividades curriculares realizadas.

5.5 Facilitar, aos alunos designados pela CONVENENTE, conforme escala mensal, acesso aos locais ofertados para as atividades curriculares, para conhecimento e entrosamento com os serviços e equipe.

5.6 Informar à CONVENENTE, com antecedência mínima de 01 (um) semestre letivo, qualquer alteração no programa aprovado.

5.7 Assinar, através de seu responsável, o Termo de Compromisso de Estágio dos alunos, conforme modelo encaminhado pela CONVENENTE.

5.8 Informar aos Coordenadores dos Cursos, Preceptores e Alunos da CONVENENTE sobre as normas, rotinas e regulamentos do estágio, através de uma Comissão de Recepção por si realizada antes do início do estágio dos alunos.

6. DA RESCISÃO

6.1 O presente convênio poderá ser rescindido, por qualquer das partes, sem justa causa, mediante comunicação prévia, sempre por escrito, com prazo não inferior a 30 (trinta) dias.

6.2 Poderá ainda ser rescindido o presente instrumento, imediatamente, sem prejuízo do estipulado em cláusulas específicas, por descumprimento de quaisquer cláusulas e condições do presente termo e seus aditivos, independentemente de notificação judicial ou extrajudicial, sem prejuízo da aplicação das medidas judiciais cabíveis à parte infratora, inclusive perdas e danos.

6.3 Caso a CONVENENTE, em decorrência deste contrato, desempenhe atividades em dependências do CONCEDENTE, deverá, por ocasião da rescisão, desocupar o local cedido em 48 (quarenta e oito) horas, impreterivelmente.

7. DISPOSIÇÕES GERAIS

7.1 Os alunos encaminhados pela CONVENENTE ao CONCEDENTE só poderão iniciar seu estágio depois de firmarem Termo de Compromisso e Aceitação de Estágio, que disporá sobre seus direitos e deveres.

7.2 Terá imediatamente rescindido o seu estágio, o aluno que não observar a conduta disciplinar exigida no Termo de Compromisso e na Aceitação de Estágio por ele assinado, as normas, rotinas e regulamentos do CONCEDENTE.

Este documento foi assinado digitalmente por Marco Antonio Guimaraes De Almeida. Este documento foi assinado eletronicamente por Victor Vitoi Cangussu, Cleyson Luiz Oliveira da Silva, Alessandra Aguiar Lopes e BERNARDO SLEUMER HAMACEK.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://vertsign.portaldeassinaturas.com.br e utilize o código 3A68-2361-6C42-0BFA.

Este documento foi assinado digitalmente por Marco Antonio Guimaraes De Almeida. Este documento foi assinado eletronicamente por Victor Vitoi Cangussu, Cleyson Luiz Oliveira da Silva, Alessandra Aguiar Lopes e BERNARDO SLEUMER HAMACEK.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://vertsign.portaldeassinaturas.com.br e utilize o código 3A68-2361-6C42-0BFA.

Este documento foi assinado digitalmente por ADE MARIA GUARNIERI GALLI em sexta-feira, 1 de setembro de 2023 10:34:56 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.
O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por ADE MARIA GUARNIERI GALLI, 6012015

7.3 Poderá o presente instrumento ser complementado por termos aditivos, visando o desenvolvimento das ações comuns, voltas para integração empresa/escola. As partes praticarão, por intermédio de seus representantes, todos os atos que se tornem necessários à efetiva execução deste convênio.

7.4 Na ausência do professor orientador da CONVENENTE, o Enfermeiro não exercerá, simultaneamente, a função de supervisor de estágios e as atividades assistenciais e/ou administrativas para as quais estiver designado naquele serviço.

7.5 No planejamento e execução do estágio, além da relação entre o número de estagiários e o quadro de pessoal da instituição concedente, prevista no Art. 17 da Lei nº 11.788/2008, deve-se considerar a proporcionalidade do número de estagiários por nível de complexidade da assistência de Enfermagem, na forma do art. 2º, I a IV, da Resolução 371/2010 do COFEN.

7.6 O CONCENDENTE não terá, para quaisquer efeitos, vínculo empregatício com os alunos e tampouco com os preceptores encaminhados pela CONVENENTE.

7.7 O presente instrumento se baseia na cooperação entre as partes e não gera vínculo jurídico ou mesmo a formação de qualquer tipo de sociedade ou grupo econômico entre as contratantes e, tampouco, vínculo empregatício ou qualquer outra obrigação que não as específicas nele mencionadas.

8. Foro.

Estipulam as partes o foro da Comarca de Juiz de Fora, MG como o único competente para dirimir eventuais dúvidas que decorram deste contrato, excluindo-se qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

E, por estarem assim justos e contratados, as partes firmam este convênio, em 2 (duas) vias de igual teor e forma, na presença das testemunhas abaixo.

Juiz de Fora, 1º de julho de 2022.

HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS – HMTJ

JB CURSOS DE ENFERMAGEM S.A.

Testemunhas:

Nome:_____
CPF: _____

Nome:_____
CPF: _____

Este documento foi assinado digitalmente por Marco Antonio Guimaraes De Almeida. Este documento foi assinado eletronicamente por Victor Vitoi Cangussu, Cleyson Luiz Oliveira da Silva, Alessandra Aguiar Lopes e BERNARDO SLEUMER HAMACEK.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://vertsign.portaldeassinaturas.com.br e utilize o código 3A68-2361-6C42-0BFA.

Este documento foi assinado digitalmente por Marco Antonio Guimaraes De Almeida. Este documento foi assinado eletronicamente por Victor Vitoi Cangussu, Cleyson Luiz Oliveira da Silva, Alessandra Aguiar Lopes e BERNARDO SLEUMER HAMACEK.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://verificador.portaldeassinaturas.com.br e utilize o código 3A68-2361-6C42-0BFA.
O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALLI, em sexta-feira, 1 de setembro de 2023 10:34:56 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

PROTOCOLO DE ASSINATURA(S)

O documento acima foi proposto para assinatura digital na plataforma Portal Vertsign. Para verificar as assinaturas clique no link: https://vertsign.portaldeassinaturas.com.br/Verificar/3A68-2361-6C42-0BFA ou vá até o site https://vertsign.portaldeassinaturas.com.br e utilize o código abaixo para verificar se este documento é válido.

Código para verificação: 3A68-2361-6C42-0BFA

Hash do Documento

C67DEC926EF1A2797A436285D971D30AB8D9803E36A51B9E37AF511BAB164995

O(s) nome(s) indicado(s) para assinatura, bem como seu(s) status em 18/07/2022 é(são) :

☑ VICTOR VITOI CANGUSSU (DIRETOR TÉCNICO ADMINISTRATIVO) - 071.***.***-50 em 18/07/2022 11:32 UTC-03:00
Tipo: Assinatura Eletrônica
Identificaçao: Autenticação de conta

Evidências

Client Timestamp Mon Jul 18 2022 11:32:18 GMT-0300 (-03)
Geolocation Location not shared by user.
IP 152.255.115.66
Assinatura:



Hash Evidências:
9E277283C9E0501B5CF2440C9B65F39405BA493C8A3899789E303C40A044D75B

☑ Cleyson Luiz Oliveira da Silva (testemunha) - 108.***.***-98 em 08/07/2022 16:35 UTC-03:00
Tipo: Assinatura Eletrônica
Identificaçao: Autenticação de conta

Evidências

Client Timestamp Fri Jul 08 2022 16:35:34 GMT-0300 (GMT-03:00)
Geolocation Latitude: -21.7773818 Longitude: -43.3597666 Accuracy: 16.196

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em sexta-feira, 1 de setembro de 2023 10:34:56 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

IP 201.55.120.194

Assinatura:



Hash Evidências:

F4C43E2E16CB5CB41A11013BB987BDC9AEEA844170086756DA0811CA4CBE3C35

☑ MARCO ANTONIO G. DE ALMEIDA (DIRETOR PRESIDENTE)) - 485.***.***-34 em 07/07/2022 17:30 UTC-03:00

Nome no certificado: Marco Antonio Guimaraes De Almeida

Tipo: Certificado Digital

☑ Alessandra Aguiar Lopes - 103.***.***-08 em 07/07/2022 13:48 UTC-03:00

Tipo: Assinatura Eletrônica

Identificaçao: Por email: alessandra.lopes@prozeducacao.com.br

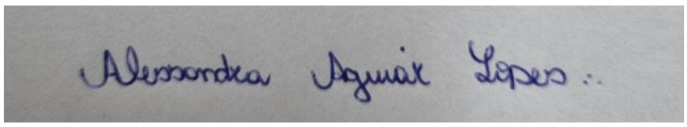
Evidências

Client Timestamp Thu Jul 07 2022 13:47:50 GMT-0300 (Horário Padrão de Brasília)

Geolocation Latitude: -19.922361 Longitude: -43.938316 Accuracy: 87

IP 187.1.83.142

Assinatura:



Hash Evidências:

536ACB90F8CFF3BFB684A53B786399519A8BA63F4F2558D706BF0BC406CE614D

☑ BERNARDO SLEUMER HAMACEK - 645.***.***-34 em 07/07/2022 13:42 UTC-03:00

Tipo: Assinatura Eletrônica

Identificaçao: Por email: bernardo.hamacek@prozeducacao.com.br

Evidências

Client Timestamp Thu Jul 07 2022 13:42:54 GMT-0300 (Horário Padrão de Brasília)

Geolocation Latitude: -19.9493346 Longitude: -43.9265005 Accuracy: 14.297

IP 189.59.182.56

Assinatura:

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em sexta-feira, 1 de setembro de 2023 10:34:56 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

Hash Evidências:

F8CFB02ED7F31C0A63F088A43E1F64238ECB8D8CCEA69A88838CB57EB066F954

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em sexta-feira, 1 de setembro de 2023 10:34:56 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

CONVÊNIO PARA ESTÁGIO

Pelo presente instrumento particular de convênio para Estágio que entre si celebram, de um lado, a ***IMPACTO ESCOLA DE SAÚDE LTDA***., inscrita no C.N.P.J. sob nº 03.086.739/0001-56, sita na Rua Halfeld,613 Gal. Constança Valadares 3º andar, Juiz de Fora – MG, neste ato denominada **INSTITUIÇÃO DE ENSINO**, e, de outro, Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus C.N.P.J sob o número 215832042000172 sita, Rua Doutor Dirceu de Andrade ,33, São Mateus, Juiz de Fora- Mg , aqui denominada **CONCEDENTE**, a Segunda se compromete a fornecer estágio aos alunos da primeira, segundo as cláusulas e condições seguintes:

PRIMEIRA: O presente convênio será realizado na Empresa conveniada, tendo por objetivo possibilitar complementação educacional através do estágio supervisionado a estudantes devidamente matriculados a **IMPACTO ESCOLA DE SAÚDE LTDA.**

SEGUNDA: Para fins específicos deste acordo, a **CONCEDENTE** colocará a disposição da outra parte, dependências e recursos que possa dispor, necessários ao desenvolvimento da atividades planejadas, conforme programação aprovada de interessa recíproco (salvo materiais e equipamentos de proteção individual) .

TERCEIRA: A **INSTITUIÇÃO DE ENSINO** se responsabiliza por quaisquer perdas, danos e acidentes que venham a ocorrer, causados em ou por seus alunos/estagiários, comprometendo-se a fazer, por sua conta e risco, seguro contra acidentes pessoais em favor destes.

QUARTA: Os Estagiários não receberão qualquer remuneração da concedente nem com ela estabelecerão qualquer vínculo de emprego ou trabalho. De acordo com o que dispõe o art. 4, lei 6.494 de 07/12/77 e o art.6 de decreto 87.497 de 13/08/82, fica a Instituição de ensino obrigada fazer para os estagiários um seguro para cobertura de acidentes pessoais ocorrido em suas dependências ou quando a serviço dela.

QUINTA: O presente convênio terá validade de 01 (um) anos, a contar da data de sua assinatura.

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em sexta-feira, 1 de setembro de 2023 10:34:56 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

SEXTA: A **INSTITUIÇÃO DE ENSINO** se compromete a fornecer o material necessário ao estágio de seus alunos.

1.Luvas de procedimento (10 caixas)
2.Máscara Cirúrgica (50 unidades)
3.Gorro (50 unidades)
4. Capote Manga longa descartável (30 unidades)

Assim, por estarem justos e acordados, assinam o presente juntamente com duas testemunhas, para que produza seus jurídicos e legais efeitos, desde já elegendo a Comarca de Juiz de Fora – MG como foro para possíveis soluções legais.

Juiz de Fora (MG), 12 de junho de 2019.

Pela CONCEDENTE:_____

Pela INTITUIÇÃO DE ENSINO:_____
Aloísio Antonio Teixeira Melgaço
DIRETOR ADMINISTRATIVO
CRM-MG 17209

TESTEMUNHAS:_____

_____.

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em sexta-feira, 1 de setembro de 2023 10:34:56 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

CÓDIGO: C0-1A-1A-BE-94-63-67-6C-B9-8E-68-9C-9B-A6-D9-7D-FC-EF-6A-87

CONVÊNIO PARA REALIZAÇÃO DE ESTÁGIOS E AULAS PRÁTICAS CELEBRADO ENTRE INSTUTO ENSINE E HOSPITAL MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS.

Por este instrumento particular e na melhor forma de direito:

INSTITUTO ENSINE DE PESQUISA E EDUCACAO inscrita no CNPJ sob o nº 42.530.374/0001-69, com endereço na Rua Coronel Pimenta, N°19, alto B, Centro – Itaperuna –J, CEP 28.300-000, doravante denominada simplesmente INSTITUIÇÃO DE ENSINO, neste ato representada por seu diretor Dr. Vitor Hugo Vidal Rangel Júnior e de outro lado, **HOSPITAL MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS**, inscrita no CNPJ sob o nº 21.583.042/0001-72, estabelecida à Rua Doutor Dirceu de Andrade, n. 33 – Bairro São Mateus - Juiz de Fora/MG, CEP 36.025-330 doravante denominada simplesmente CONVENENTE, neste ato representada por seu diretor presidente Sr. Marco Antônio Guimarães de Almeida.

CLÁUSULA PRIMEIRA - DO OBJETO

A CONVENENTE poderá oferecer, conceder estágios e aulas práticas nas dependências de seus hospitais à alunos regularmente matriculados na INSTITUIÇÃO DE ENSINO, e que venham frequentando, efetivamente, o seu curso de pós-graduação em enfermagem obstétrica.

CLÁUSULA SEGUNDA – DAS OBRIGAÇÕES

2.1. A INTITUIÇÃO DE ENSINO compromete-se a:

I - celebrar, através da Coordenadoria de Estágios/Coordenadoria do Curso, termo de compromisso de estágio com a parte CONCEDENTE e o aluno.

II - avaliar as instalações da parte CONCEDENTE e a sua adequação à formação cultural e profissional do aluno.

III - indicar um professor orientador, da área a ser desenvolvida no estágio, como responsável pelo acompanhamento e avaliação das atividades do estagiário;

IV - exigir do educando, em prazo não superior a um semestre acadêmico, relatório de atividades conforme estabelecido no termo de compromisso e nas normas do curso;

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em sexta-feira, 1 de setembro de 2023 10:34:56 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

V - comunicar à parte convenente do estágio, no início do período letivo, as datas de realização de avaliações escolares ou acadêmicas;

VI - zelar pelo cumprimento do termo de compromisso, reorientando o estagiário para outro local em caso de descumprimento de suas normas;

VII - contratar em favor do estagiário seguro contra acidentes pessoais, cuja apólice seja compatível com valores de mercado, conforme fique estabelecido no termo de compromisso, cujas apólices encontram-se anexas e serão fornecidas em contrato com a seguradora escolhida, sendo reapresentadas pela INSTITUIÇÃO DE ENSINO sempre no momento de sua renovação;

VIII – fornecer aos funcionários da instituição CONVENENTE, em específico à equipe de profissionais da enfermagem, o curso de atualização nas principais urgências e emergências obstétricas, conforme cronograma e projeto pedagógico anexo a este instrumento, limitado ao número de 18 funcionários divididos em quatro turmas.

IX – fornecer aos alunos todos os equipamentos e insumos necessários para prática do estágio.

2.2. A CONVENENTE compromete-se a:

I - conceder estágios ao corpo discente da INSTITUIÇÃO DE ENSINO, observadas a legislação vigente e as disposições do convênio;

II - celebrar termo de compromisso de estágio com a IES e com o aluno, zelando pelo seu cumprimento;

III - ofertar instalações que tenham condições de proporcionar ao aluno atividades de aprendizagem social, profissional e cultural;

IV - indicar um funcionário de seu quadro de pessoal, com formação ou experiência profissional na área de conhecimento desenvolvida no curso do estagiário, para orientar e supervisionar as atividades desenvolvidas pelo estagiário;

V - assegurar que o estagiário encaminhe o relatório de atividades definido no item IV, devidamente assinado, ao coordenador de estágios do curso, ao final de cada semestre letivo;

VI - entregar termo de realização do estágio com indicação resumida das atividades desenvolvidas, dos períodos e da avaliação de desempenho, em caso de desligamento do estagiário;

2.3. O ESTAGIÁRIO compromete-se a:

I - Executar as tarefas que lhe forem atribuídas pelo supervisor do estágio, com toda diligencia necessário;

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em sexta-feira, 1 de setembro de 2023 10:34:56 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

II - cumprir a carga horária estabelecida, os horários e a duração do estágio;

CLÁUSULA TERCEIRA - DA DURAÇÃO E JORNADA DO ESTÁGIO

3.1. Observar a duração do estágio, a qual não poderá exceder a 06 (seis) meses, contados a partir da data de início da vigência do termo de compromisso de estágio.

3.2. Assegurar ao educando período de recesso de 30 (trinta) dias, a ser gozado preferencialmente durante suas férias escolares, sempre que houver duração igual ou superior a 1 (um) ano.

3.3. Explicitar a carga horária semanal de atividades e a duração no TCE e no Plano de Atividades de Estágio, observado o disposto nos Regulamentos dos Cursos/Áreas.

CLÁUSULA QUARTA – DA VIGÊNCIA E DA RESCISÃO

O presente convênio entrará em vigor na data de sua assinatura e terá validade de 01 (um) ano, podendo ser rescindido por iniciativa de qualquer das partes, mediante aviso com antecedência mínima de (30) trinta dias, sem justo motivo, ou por inadimplência de suas cláusulas, pelo fim do prazo ou por superveniência de outro convênio entre as partes que venha a substituir o presente, além de demais situações previstas em lei ou, ainda, por acordo entre as partes.

CLÁUSULA QUINTA – DA RELAÇÃO JURÍDICA DO ESTAGIÁRIO COM AS PARTES.

O estágio realizado ao abrigo deste Convênio, consubstanciado neste documento, não acarretará qualquer vinculo empregatício, conforme o disposto na Lei 11.788/08.

CLÁUSULA SEXTA – DO FORO

Para dirimir qualquer conflito decorrente deste termo de convênio, que não possa ser através de mútuo entendimento, as partes elegem o foro da Comarca de Juiz de Fora – MG, renunciado desde logo, a qualquer outro, por mais privilegiado que seja. E por estarem justas e acordadas, as partes assinam o presente termo, em duas vias igual teor, forma e valia.

E, por estarem assim justas e contratadas, as partes assinam o presente instrumento de convênio em 2 (duas) vias de igual teor e forma, para que surta seus jurídicos e legais efeitos, na presença de duas testemunhas.

Juiz de Fora, 12 de abril de 2023.

_____

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em sexta-feira, 1 de setembro de 2023 10:34:56 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

CÓDIGO: C0-1A-1A-BE-94-63-67-6C-B9-8E-68-9C-9B-A6-D9-7D-FC-EF-6A-87

Vitor Hugo Vidal Rangel Júnior
INSTITUTO ENSINE

_____

Marco Antônio Guimarães de Almeida
HOSPITAL MATERNIDADE TEREZINHA DE JESUS

Testemunhas:

_____
Nome:
CPF:

_____
Nome:
CPF:

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em sexta-feira, 1 de setembro de 2023 10:34:56 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

Protocolo de assinaturas

Documento

Nome do envelope: Minuta Convênio Estágio IESPE - HMTJ AJUSTADA
Autor: Juliana Marchini da Rocha Gomes - julianagomes@hmtj.org.br
Status: Finalizado
Hash: C0-1A-1A-BE-94-63-67-6C-B9-8E-68-9C-9B-A6-D9-7D-FC-EF-6A-87
Hash SHA256: 8bfc598b55490a98d7230ebb35798d27160c9e69c5bf5f2c9db615c0ea2818dc

Assinaturas

Nome: Vítor hugo vidal rangel junior - **CPF/CNPJ:** 011.719.086-10 - **Cargo:** Diretor
E-mail: diretor@ensin-e.edu.br - **Data:** 13/04/2023 07:32:57
Status: Assinado eletronicamente
Tipo de Autenticação: Utilizando login e senha, pessoal e intransferível
Visualizado em: 13/04/2023 07:32:01 - **Leitura completa em:** 13/04/2023 07:32:07
IP: 152.255.121.236 - **IPV6:** 2804:18:482c:9022:c06d:628:e57c:8afe
Geolocalização: -21.779169079999992, -43.34219740999998

Nome: Victor Pessamiglio - **CPF/CNPJ:** 082.893.316-22
E-mail: victorpessamiglio@hmtj.org.br - **Data:** 13/04/2023 08:12:18
Status: Assinado eletronicamente como testemunha
Tipo de Autenticação: Utilizando login e senha, pessoal e intransferível
Visualizado em: 13/04/2023 08:11:16 - **Leitura completa em:** 13/04/2023 08:12:10
IP: 201.55.120.194
Geolocalização: -21.778481, -43.3599966

Nome: walbet de mattos vianna junior -**CPF/CNPJ:** 067.053.046-85 - **Cargo:** Diretor
E-mail: w@iespe.com.br - **Data:** 13/04/2023 14:40:41
Status: Assinado eletronicamente como testemunha
Tipo de Autenticação: Utilizando login e senha, pessoal e intransferível
Visualizado em: 13/04/2023 14:40:14 - **Leitura completa em:** 13/04/2023 14:40:24
IP: 186.235.100.111 - **IPV6:** 2804:2484:813c:be00:18bc:af93:658:2e30
Geolocalização: -21.7740774, -43.3391125

Nome: Victor Vitoi Cangussu - **CPF/CNPJ:** 071.200.576-50 - **Cargo:** Diretor Técnico
E-mail: victorcangussu@hmtj.org.br - **Data:** 13/04/2023 18:38:51
Status: Assinado eletronicamente
Tipo de Autenticação: Utilizando login e senha, pessoal e intransferível
Visualizado em: 13/04/2023 18:38:40 - **Leitura completa em:** 13/04/2023 18:38:45
IP: 152.255.113.1 - **IPV6:** 2804:18:4083:443c:5c98:45ba:fef9:167
Geolocalização: Indisponível ou compartilhamento não autorizado pelo assinante

Nome: Marco Antônio Guimarães de Almeida -**CPF/CNPJ:** 21.583.042/0001-72 - **Cargo:** Diretor Presidente
E-mail: marcoantonio@hmtj.org.br - **Data:** 20/04/2023 17:03:40
Status: Assinado eletronicamente
Tipo de Autenticação: Utilizando login e senha, pessoal e intransferível
Visualizado em: 13/04/2023 08:36:02 - **Leitura completa em:** 13/04/2023 08:36:58
IP: 186.233.41.210
Geolocalização: Indisponível ou compartilhamento não autorizado pelo assinante

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em sexta-feira, 1 de setembro de 2023 10:34:56 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

Autenticidade

Para verificar a autenticidade do documento, escaneie o QR Code ou acesse o link abaixo:

https://totvssign.totvs.app/webapptotvssign/#/verify/search?codigo=C0-1A-1A-BE-94-63-67-6C-B9-8E-68-9C-9B-A6-D9-7D-FC-EF-6A-87.

Código HASH: C0-1A-1A-BE-94-63-67-6C-B9-8E-68-9C-9B-A6-D9-7D-FC-EF-6A-87

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em sexta-feira, 1 de setembro de 2023 10:34:56 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

UniAcademia
Centro Universitário

TERMO DE CONVÊNIO DE ESTÁGIO

CONVÊNIO DE ESTÁGIO que, entre si, celebram HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS, doravante denominada Concedente, situada na Rua Dr Dirceu de Andrade, 33, Bairro São Mateus, Cidade Juiz De Fora / Estado MG, CEP 36.025-330, CNPJ 21.583.042/0001-72, neste ato representado por Marco Antônio Guimarães de Almeida, Cargo Diretor Presidente, e o CENTRO UNIVERSITÁRIO ACADEMIA - UNIACADEMIA, com sede na Rua Halfeld, nº. 1.179, Centro, Juiz de Fora / MG, representado por seu Coordenador de Estágio, MARCO ANTÔNIO PEREIRA ARAÚJO e mantido pela ASSOCIAÇÃO PROPAGADORA ESDEVA, inscrito no CNPJ sob o nº. 21.562.368/0017-80; Em conformidade com a Lei nº. 11.788/2008, as Resoluções e as Normas Internas das partes envolvidas, e as cláusulas e condições seguintes:

Cláusula primeira A Concedente propiciará estágio curricular Obrigatório e Não obrigatório a estudantes matriculados e freqüentes nos cursos do UniAcademia em qualquer de seus Campi, de acordo com suas disponibilidades e vagas de estágio.

Cláusula segunda O Estágio deverá proporcionar ao estagiário uma complementação profissional, social e cultural, em conformidade com o Calendário Escolar e Projeto Pedagógico dos cursos do UniAcademia.

Cláusula terceira Caracterização do Estágio Não obrigatório

Estágio Não obrigatório é aquele desenvolvido como atividade opcional, acrescida à carga horária regular e obrigatória.

3.1 - Os ESTAGIÁRIOS serão escolhidos a partir de critérios estabelecidos pela CONCEDENTE e pelo UniAcademia;

3.2 - A jornada de atividades dos estagiários será estabelecida pela Concedente, sem prejuízo das atividades escolares, não podendo ultrapassar o limite de 06 horas diárias/30 horas semanais;

3.3 - A duração do estágio será estabelecida pela CONCEDENTE e pelo UniAcademia, limitada a permanência do ESTAGIÁRIO junto à CONCEDENTE por no máximo dois anos, exceto para portador de deficiência;

Para conferir integridade e assinaturas acesse: https://www.assinebem.com.br/validar e digite o codigo: 80fb3c47-ded2-452e-9898-8651a76ecb1d

Este documento foi assinado digitalmente por Marco Antonio Guimaraes De Almeida.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://vertsign.portaldeassinaturas.com.br e utilize o código F6D2-3611-51B0-17C9.

Este documento foi assinado digitalmente por Marco Antonio Guimaraes De Almeida.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://vertsign.portaldeassinaturas.com.br e utilize o código 1A2E-3F1A-6A1A-1A1A.

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GAUL, em sexta-feira, 1 de setembro de 2023 10:34:56 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

Cláusula quarta Obrigações da Concedente para o Estágio Não obrigatório

As pessoas jurídicas de direito privado e os órgãos da administração pública direta, autárquica e fundacional de qualquer dos Poderes da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, bem como profissionais liberais de nível superior, devidamente registrados em seus respectivos conselhos de fiscalização profissional, podem oferecer estágio, observadas as seguintes obrigações:

4.1 - Ofertar instalações que tenham condições de proporcionar a realização das atividades de estágio;

4.2 - Observar a legislação relacionada à saúde e segurança no trabalho;

4.3 - Enviar ao UniAcademia, com periodicidade mínima de 6 (seis) meses, relatório de atividades, com vista obrigatória ao estagiário, bem como a avaliação final do estágio;

4.4 - Celebrar o Termo de Compromisso entre os ESTAGIÁRIOS e a CONCEDENTE, com interveniência do UniAcademia, de acordo com a Lei nº. 11.788/2008, no qual estarão acertadas as condições do estágio;

4.4.1 - O descumprimento de qualquer das obrigações contidas no Termo de Compromisso, caracteriza vínculo de emprego do ESTAGIÁRIO com a parte CONCEDENTE para todos os fins da legislação trabalhista e previdenciária, conforme art. 3º, § 2º, da Lei nº. 11.788/2008;

4.5 - Assegurar ao ESTAGIÁRIO que desenvolva estágio com duração igual ou superior a um ano recesso remunerado de trinta dias ou proporcional nos casos de estágio inferior a um ano, preferencialmente durante suas férias escolares;

4.6 - Indicar funcionário de seu quadro de pessoal, com formação ou experiência profissional na área de conhecimento desenvolvida no curso do ESTAGIÁRIO, para orientar e supervisionar até 10 (dez) ESTAGIÁRIOS simultaneamente;

4.7 - Contratar em favor do ESTAGIÁRIO seguro contra acidentes pessoais, cuja apólice seja compatível com valores de mercado, devendo constar no Termo de Compromisso o nome da seguradora e o número da apólice de seguro;

4.8 - Por ocasião do desligamento do ESTAGIÁRIO, entregar termo de realização do estágio com indicação resumida das atividades desenvolvidas, dos períodos e da avaliação de desempenho;

4.9 - Pagar para o ESTAGIÁRIO a bolsa ou outra forma de contraprestação que venha a ser acordada, sendo compulsória a sua concessão, bem como a do auxílio-transporte.

Cláusula quinta Obrigações do UniAcademia para o Estágio Não obrigatório

São obrigações do UniAcademia, em relação aos estágios:

5.1 - Orientar e avaliar o estágio, nos termos das normas internas, currículos e projetos pedagógicos, devendo intervir na relação estabelecida, sempre que julgar necessário, nos termos da Lei nº. 11.788/2008;

Para conferir integridade e assinaturas acesse: https://www.assinebem.com.br/validar e digite o codigo: 80fb3c47-ded2-452e-9898-8651a76ecb1d

Este documento foi assinado digitalmente por Marco Antonio Guimaraes De Almeida.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://vertsign.portaldeassinaturas.com.br e utilize o código F6D2-3611-51B0-17C9.

Este documento foi assinado digitalmente por Marco Antonio Guimaraes De Almeida.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://vertsign.portaldeassinaturas.com.br e utilize o código 5A76-1E6A-A1DE-MARA-GUAR-NIERI-CAUL-5A76.

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI CAULLIRAUX, em sexta-feira, 1 de setembro de 2023 10:34:56 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

5.2 - Avaliar as instalações da parte CONCEDENTE do estágio e sua adequação à formação cultural e profissional do ESTAGIÁRIO e indicar professor orientador, da área a ser desenvolvida no estágio, como responsável pelo acompanhamento e avaliação das atividades do ESTAGIÁRIO.

Cláusula sexta Caracterização do Estágio Obrigatório

Estágio obrigatório é aquele definido como tal no projeto pedagógico do curso, cuja carga horária é requisito para aprovação e obtenção de diploma.

6.1 - A jornada de atividades dos estagiários será estabelecida pelo UniAcademia de acordo com o projeto pedagógico do curso;

6.2 - A duração do estágio será estabelecido pelo UniAcademia de acordo com o projeto pedagógico do curso, sendo sempre durante o semestre letivo.

Cláusula sétima Obrigações da Concedente para o Estágio Obrigatório

7.1 - Aceitar o ESTAGIÁRIO indicado pelo UniAcademia, para desenvolver as atividades propostas no Projeto Pedagógico do curso;

7.2 - Ofertar instalações que tenham condições de proporcionar a realização das atividades de estágio;

7.3 - Assinar o Termo de Compromisso celebrado pelo UniAcademia.

Cláusula oitava Obrigações do UniAcademia para o Estágio obrigatório

São obrigações do UniAcademia, em relação aos estágios:

8.1 - Celebrar o Termo de Compromisso entre os ESTAGIÁRIOS e a CONCEDENTE de acordo com a Lei nº. 11.788/2008, no qual estarão acertadas as condições do estágio obrigatório;

8.2 - Contratar em favor do ESTAGIÁRIO seguro contra acidentes pessoais, cuja apólice seja compatível com valores de mercado, devendo constar no Termo de Compromisso o nome da seguradora e o número da apólice de seguro.

Cláusula nona - Os ESTAGIÁRIOS não terão qualquer vínculo empregatício com a CONCEDENTE, conforme determina o artigo 3º da Lei nº. 11.788/2008.

Parágrafo único: O descumprimento de qualquer das obrigações contidas no Termo de Compromisso, caracteriza vínculo de emprego do ESTAGIÁRIO com a parte CONCEDENTE para todos os fins da legislação trabalhista e previdenciária, conforme art. 3º, § 2º, da Lei nº. 11.788/2008.

Cláusula décima - Os ESTAGIÁRIOS somente poderão iniciar as atividades de estágio junto a CONCEDENTE com toda a documentação regularizada, sendo que os estágios iniciados sem a autorização e assinatura do UniAcademia não serão por este reconhecidos.

Para conferir integridade e assinaturas acesse: https://www.assinebem.com.br/validar e digite o codigo: 80fb3c47-ded2-452e-9898-8651a76ecb1d

Este documento foi assinado digitalmente por Marco Antonio Guimaraes De Almeida.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://vertsign.portaldeassinaturas.com.br e utilize o código F6D2-3611-51B0-17C9.

Este documento foi assinado digitalmente por Marco Antonio Guimaraes De Almeida.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://vertsign.portaldeassinaturas.com.br e utilize o código 1A2E-3F1A-7F3B-3A76.

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em sexta-feira, 1 de setembro de 2023 10:34:56 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

Parágrafo único: As partes devem apresentar documentos idôneos, autênticos e legítimos, e em caso de falsificação e/ou informações inverídicas ficará sujeito às penalidades previstas na legislação vigente no país.

Cláusula décima primeira - O presente convênio vigorará por tempo indeterminado a partir de sua assinatura, podendo ser rescindido desde que qualquer das partes convenientes notifiquem à outra com antecedência de dez dias, sem prejuízo para as atividades de estágio vigentes e autorizadas ou de imediato na hipótese de descumprimento de qualquer das cláusulas contratuais.

Cláusula décima segunda - Fica eleito o foro da cidade de Juiz de Fora, Estado de Minas Gerais, para dirimir quaisquer controvérsias oriundas deste convênio.

E, por estarem de pleno acordo, foi o presente instrumento, assinado pelas partes, em duas vias de igual teor, para que produza todos os efeitos legais.

Juiz de Fora, 01 de abril de 2023.

Para conferir integridade e assinaturas acesse: https://www.assinebem.com.br/validar e digite o codigo: 80fb3c47-ded2-452e-9898-8651a76ecb1d

Este documento foi assinado digitalmente por Marco Antonio Guimaraes De Almeida.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://vertsign.portaldeassinaturas.com.br e utilize o código F6D2-3611-51B0-17C9.

Este documento foi assinado digitalmente por Marco Antonio Guimaraes De Almeida.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://vertsign.portaldeassinaturas.com.br e utilize o código 1A16-3E1A-1E1A-1E1A.

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por ADÊ MARIA GUIMARÃES, em sexta-feira, 1 de setembro de 2023 10:34:56 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

PROTOCOLO DE ASSINATURA(S)

O documento acima foi proposto para assinatura digital na plataforma Portal Vertsign. Para verificar as assinaturas clique no link: https://vertsign.portaldeassinaturas.com.br/Verificar/F6D2-3611-51B0-17C9 ou vá até o site https://vertsign.portaldeassinaturas.com.br e utilize o código abaixo para verificar se este documento é válido.

Código para verificação: F6D2-3611-51B0-17C9

Hash do Documento

DD57952364869834D69ABD97086077DD3F340AA54B48DA7DE2C0C065A541BA90

O(s) nome(s) indicado(s) para assinatura, bem como seu(s) status em 15/05/2023 é(são) :

☑ MARCO ANTONIO G. DE ALMEIDA (DIRETOR PRESIDENTE)) - ***.399.966-** em 15/05/2023 16:19 UTC-03:00
Nome no certificado: Marco Antonio Guimaraes De Almeida
Tipo: Certificado Digital

Para conferir integridade e assinaturas acesse: https://www.assinebem.com.br/validar e digite o codigo: 80fb3c47-ded2-452e-9898-8651a76ecb1d

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em sexta-feira, 1 de setembro de 2023 10:34:56 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

assine.Bem

Assinado Digitalmente

Marco Antonio Pereira Araújo
Coordenador de Estágio

Assinatura Digital
Solicitado em: 16/05/2023 11:24:09
Identificação: convênio_hmtj.pdf
Número de assinaturas: 1
Status: Assinado

Solicitante
Associação Propagadora ESDEVA

Hash do arquivo original
8c13e607efdaf3f391ece960f98c810c77f10075eb
434e295dd2c847d14351b2

QR code

Assinaturas digitais:

Coordenador de Estágio: Marco Antônio Pereira Araújo/

ID: f948dd16-1d72-484c-848b-ee7a7061ee63
IP: 186.248.154.180
Visualizado em: 16/05/2023 17:44:25
Assinado em: 16/05/2023 17:44:43

Etapas de seguranca

Confirmação CPF → Dados básicos (Nome, CPF, RG) → Número de celular → E-mail → Documento de identificação → Autorização p/ assinatura digital

Acesse a URL abaixo para autenticar o documento

Autenticação Digital: 80fb3c47-ded2-452e-9898-8651a76ecb1d
https://www.assinebem.com.br/validar

Para conferir integridade e assinaturas acesse: https://www.assinebem.com.br/validar e digite o codigo: 80fb3c47-ded2-452e-9898-8651a76ecb1d

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em sexta-feira, 1 de setembro de 2023 10:34:56 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE
HOSPITAL MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS

CONVÊNIO DE ESTÁGIO

HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS - HMTJ, inscrito no CNPJ sob o n. 21.583.042/0001-72 e Inscrição Estadual isento, com sede na Rua Dr. Dirceu de Andrade, n. 33, Bairro São Mateus, CEP 36.025-330, Juiz de Fora, MG, doravante denominado simplesmente CONCEDENTE**,** por seu representante legal infra-assinado, e **SOCIEDADE EDUCADORA MORAES JUNIOR**, situada na Rua Espírito Santo, n. 1301, Centro, CEP 36.016-200, Juiz de Fora, MG, inscrita no CNPJ sob o n. **21.578.372/0001-70**, doravante denominada CONVENENTE, por sua representante legal infra-assinado, resolvem celebrar o presente convênio para realização de estágio curricular obrigatório dos alunos dos cursos de Instrumentação Cirúrgica e Técnico em Enfermagem, que se submeterá às seguintes cláusulas e condições:

1. OBJETO.

1.1 Constitui objeto do presente convênio, a concessão, pelo CONCEDENTE, de estágio obrigatório (não remunerado) aos alunos regularmente matriculados no **Curso de Técnico de Enfermagem** do CONVENENTE, e que satisfaçam as condições exigidas pelo CONCEDENTE.

1.2 O estágio visa ao aprendizado de competências próprias da atividade profissional e à contextualização curricular, objetivando o desenvolvimento do educando para a vida cidadã e para o trabalho.

2. VIGÊNCIA.

2.1 O presente instrumento vigorará pelo prazo de 12 (doze) meses, contados a partir de 01 de julho de 2022, sendo renovado automaticamente por períodos iguais e subsequentes, na ausência de manifestação expressa e contrária das partes contratantes.

3. DO PRAZO DE DURAÇÃO DO ESTÁGIO

3.1 O estágio objeto deste pacto terá duração máxima de 30 (trinta) dias, de segunda-feira a domingo, conforme planilha que será enviada ao CONCEDENTE pela CONVENENTE, podendo ser interrompido a pedido do interessado ou por conveniência do CONCEDENTE.

3.2 A interrupção, em qualquer das modalidades a que alude o item 3.1, retro, dar-se-á de imediato, sem necessidade de comunicação prévia, salvo nos casos de alunos portadores de deficiência.

4. DAS OBRIGAÇÕES DA CONVENENTE

4.1 Abrir inscrições entre seus alunos para o preenchimento das vagas ofertadas pelo CONCEDENTE.

4.2 Indicar professor orientador na área do estágio, como responsável pelo acompanhamento e avaliação das atividades dos estagiários por ela encaminhados, assegurando, assim, a supervisão dos alunos que estiverem atuando nos campos ofertados.

4.3 Apresentar ao CONCEDENTE, antes do início das atividades, para conhecimento e acompanhamento: Cópia do Termo de Convênio/Aditivo vigente, Plano de Atividades do estagiário, relação nominal com número de matrícula dos alunos

Este documento foi assinado digitalmente por Marco Antonio Guimaraes De Almeida. Este documento foi assinado eletronicamente por Victor Vitoi Cangussu, Juliana Gomes de Carvalho e Cleyson Luiz Oliveira da Silva.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://vertsign.portaldeassinaturas.com.br e utilize o código 9B48-B3C2-5856-5701.

Este documento foi assinado digitalmente por Marco Antonio Guimaraes De Almeida. Este documento foi assinado eletronicamente por Victor Vitoi Cangussu, Juliana Gomes de Carvalho e Cleyson Luiz Oliveira da Silva.
Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALLI, em sexta-feira, 1 de setembro de 2023 10:34:56 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

encaminhados, nome e contato dos Coordenadores/Professores responsáveis pelo estágio, Termo de Compromisso de Estágio.

4.4 Apresentar comprovação/cartão de vacina de todos os estagiários e preceptores com imunização de BCG, Dupla Adulto (recente), Rubéola, Sarampo e Hepatite B (Três doses), junto ao Serviço de Saúde Ocupacional do Concedente.

4.5 Participar, quando solicitada, de reuniões nas unidades receptoras de estágio.

4.6 Fornecer ao CONCEDENTE, mensalmente, escala de alunos e preceptores, da qual constem o nome e o número de alunos e preceptores encaminhados por turno, incluindo os finais de semana.

4.7 Encaminhar Preceptor, após aprovação do Plano de Atividades do Estágio, para reconhecimento do local de estágio, conhecendo as condições de funcionamento, antes de seu início.

4.8 Informar ao CONCEDENTE, com antecedência mínima de 01 (um) semestre letivo, qualquer alteração do programa aprovado.

4.9 Assegurar que os alunos se apresentem nos respectivos locais de atividades curriculares, devidamente paramentados, de acordo com as atividades curriculares exercidas.

4.10 Respeitar as questões de cunho privativo do CONCEDENTE, Código de Ética, Carta de Direitos do Paciente e Leis que regulamentam a categoria profissional e normas e rotinas do serviço.

4.11 Realizar seguro contra acidentes pessoais para todos os alunos que estiverem atuando nos campos de estágio disponibilizados, encaminhando ao CONCEDENTE, antes do início das atividades, a cópia da apólice do seguro e seu respectivo número.

4.12 Fornecer ao CONCEDENTE, semestralmente, como contrapartida, os seguintes materiais:

PARA OS ALUNOS DO CURSO TÉCNICO EM ENFERMAGEM	
QUANTIDADE	**MATERIAIS**
20	Caixas de Luvas de Procedimento (Cada caixa contendo 100 unidades)
20	Caixas de Máscara Cirúrgica Descartável (Cada caixa contendo 50 unidades)
80	Pacotes de Capotes de Manga Longa Descartável de TNT (Cada pacote com 10 unidades)
20	Pacotes com Gorro Cirúrgico Descartável de TNT (Cada pacote com 100 unidades)

4.12.1 Os materiais fornecidos pela CONVENENTE deverão ser entregues no setor de Almoxarifado do CONCEDENTE, seguindo os respectivos horários de funcionamento, mediante conferência do seu recebimento, em conjunto com o gerente de enfermagem.

5. DAS OBRIGAÇÕES DO CONCEDENTE

Este documento foi assinado digitalmente por Marco Antonio Guimaraes De Almeida. Este documento foi assinado eletronicamente por Victor Vitoi Cangussu, Juliana Gomes de Carvalho e Cleyson Luiz Oliveira da Silva.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://vertsign.portaldeassinaturas.com.br e utilize o código 9B48-B3C2-5856-5701.

Este documento foi assinado digitalmente por Marco Antonio Guimaraes De Almeida. Este documento foi assinado eletronicamente por Victor Vitoi Cangussu, Juliana Gomes de Carvalho e Cleyson Luiz Oliveira da Silva.
Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUALBERTO, em sexta-feira, 1 de setembro de 2023 10:34:56 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

5.1 Ofertar campo de estágio obrigatório em seus serviços aos alunos da CONVENENTE, na medida de sua necessidade e disponibilidade, considerando a capacidade física e humana nas unidades receptoras para a realização das atividades a serem desenvolvidas.

5.2 Garantir aos preceptores e alunos discriminados na escala mensal encaminhada pela CONVENENTE, nos termos do tópico 4.6, o uso das unidades de serviços de saúde em concordância com a programação assistencial nos horários acordados.

5.3 Fixar e informar, previamente, o número de vagas disponíveis para os alunos da CONVENENTE, conforme sua capacidade, necessidade e interesse.

5.4 Avaliar junto aos representantes da CONVENENTE, ao término de cada período, as atividades curriculares realizadas.

5.5 Facilitar, aos alunos designados pela CONVENENTE, conforme escala mensal, acesso aos locais ofertados para as atividades curriculares, para conhecimento e entrosamento com os serviços e equipe.

5.6 Informar à CONVENENTE, com antecedência mínima de 01 (um) semestre letivo, qualquer alteração no programa aprovado.

5.7 Assinar, através de seu responsável, o Termo de Compromisso de Estágio dos alunos, conforme modelo encaminhado pela CONVENENTE.

5.8 Informar aos Coordenadores dos Cursos, Preceptores e Alunos da CONVENENTE sobre as normas, rotinas e regulamentos do estágio, através de uma Comissão de Recepção por si realizada antes do início do estágio dos alunos.

6. DA RESCISÃO

6.1 O presente convênio poderá ser rescindido, por qualquer das partes, sem justa causa, mediante comunicação prévia, sempre por escrito, com prazo não inferior a 30 (trinta) dias.

6.2 Poderá ainda ser rescindido o presente instrumento, imediatamente, sem prejuízo do estipulado em cláusulas específicas, por descumprimento de quaisquer cláusulas e condições do presente termo e seus aditivos, independentemente de notificação judicial ou extrajudicial, sem prejuízo da aplicação das medidas judiciais cabíveis à parte infratora, inclusive perdas e danos.

6.3 Caso a CONVENENTE, em decorrência deste contrato, desempenhe atividades em dependências do CONCEDENTE, deverá, por ocasião da rescisão, desocupar o local cedido em 48 (quarenta e oito) horas, impreterivelmente.

7. DISPOSIÇÕES GERAIS

7.1 Os alunos encaminhados pela CONVENENTE ao CONCEDENTE só poderão iniciar seu estágio depois de firmarem Termo de Compromisso e Aceitação de Estágio, que disporá sobre seus direitos e deveres.

7.2 Terá imediatamente rescindido o seu estágio, o aluno que não observar a conduta disciplinar exigida no Termo de Compromisso e na Aceitação de Estágio por ele assinado, as normas, rotinas e regulamentos do CONCEDENTE.

Este documento foi assinado digitalmente por Marco Antonio Guimaraes De Almeida. Este documento foi assinado eletronicamente por Victor Vitoi Cangussu, Juliana Gomes de Carvalho e Cleyson Luiz Oliveira da Silva.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://vertsign.portaldeassinaturas.com.br e utilize o código 9B48-B3C2-5856-5701.

Este documento foi assinado digitalmente por Marco Antonio Guimaraes De Almeida. Este documento foi assinado eletronicamente por Victor Vitoi Cangussu, Juliana Gomes de Carvalho e Cleyson Luiz Oliveira da Silva.
Este documento foi gerado pelo usuário 701.***.***-** em 01/09/2023 10:34:56 GMT-03:00
O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUIMARÃES, em sexta-feira, 1 de setembro de 2023 10:34:56 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

7.3 Poderá o presente instrumento ser complementado por termos aditivos, visando o desenvolvimento das ações comuns, voltas para integração empresa/escola. As partes praticarão, por intermédio de seus representantes, todos os atos que se tornem necessários à efetiva execução deste convênio.

7.4 Na ausência do professor orientador da CONVENENTE, o Enfermeiro não exercerá, simultaneamente, a função de supervisor de estágios e as atividades assistenciais e/ou administrativas para as quais estiver designado naquele serviço.

7.5 No planejamento e execução do estágio, além da relação entre o número de estagiários e o quadro de pessoal da instituição concedente, prevista no Art. 17 da Lei nº 11.788/2008, deve-se considerar a proporcionalidade do número de estagiários por nível de complexidade da assistência de Enfermagem, na forma do art. 2º, I a IV, da Resolução 371/2010 do COFEN.

7.6 O CONCENDENTE não terá, para quaisquer efeitos, vínculo empregatício com os alunos e tampouco com os preceptores encaminhados pela CONVENENTE.

7.7 O presente instrumento se baseia na cooperação entre as partes e não gera vínculo jurídico ou mesmo a formação de qualquer tipo de sociedade ou grupo econômico entre as contratantes e, tampouco, vínculo empregatício ou qualquer outra obrigação que não as específicas nele mencionadas.

8. Foro.

Estipulam as partes o foro da Comarca de Juiz de Fora, MG como o único competente para dirimir eventuais dúvidas que decorram deste contrato, excluindo-se qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

E, por estarem assim justos e contratados, as partes firmam este convênio, em 2 (duas) vias de igual teor e forma, na presença das testemunhas abaixo.

Juiz de Fora, 1º de julho de 2022.

HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS – HMTJ

SOCIEDADE EDUCADORA MORAES JUNIOR:21578372000170

Assinado de forma digital por SOCIEDADE EDUCADORA MORAES JUNIOR:21578372000170
Dados: 2022.07.06 09:29:00 -03'00'

SOCIEDADE EDUCADORA MORAES JUNIOR

Testemunhas:

Nome: _____
CPF: _____

Nome: _____
CPF: _____

Este documento foi assinado digitalmente por Marco Antonio Guimaraes De Almeida. Este documento foi assinado eletronicamente por Victor Vitoi Cangussu, Juliana Gomes de Carvalho e Cleyson Luiz Oliveira da Silva.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://vertsign.portaldeassinaturas.com.br e utilize o código 9B48-B3C2-5856-5701.

Este documento foi assinado digitalmente por Marco Antonio Guimaraes De Almeida. Este documento foi assinado eletronicamente por Victor Vitoi Cangussu, Juliana Gomes de Carvalho e Cleyson Luiz Oliveira da Silva.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://vertsign.portaldeassinaturas.com.br e utilize o código 9B48-B3C2-5856-5701.

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUALBERTO GALIL, em sexta-feira, 1 de setembro de 2023 10:34:56 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

PROTOCOLO DE ASSINATURA(S)

O documento acima foi proposto para assinatura digital na plataforma Portal Vertsign. Para verificar as assinaturas clique no link: https://vertsign.portaldeassinaturas.com.br/Verificar/9B48-B3C2-5856-5701 ou vá até o site https://vertsign.portaldeassinaturas.com.br e utilize o código abaixo para verificar se este documento é válido.

Código para verificação: 9B48-B3C2-5856-5701

Hash do Documento

58DB77EBA6828DF8E491761C6447B79B088E6F8BD1DC4F2D2C7EA416029E0AAA

O(s) nome(s) indicado(s) para assinatura, bem como seu(s) status em 07/07/2022 é(são) :

☑ VICTOR VITOI CANGUSSU (DIRETOR TÉCNICO ADMINISTRATIVO) - 071.***.***-50 em 07/07/2022 11:12 UTC-03:00
Tipo: Assinatura Eletrônica
Identificaçao: Autenticação de conta

Evidências

Client Timestamp Thu Jul 07 2022 11:12:35 GMT-0300 (Horário Padrão de Brasília)
Geolocation Latitude: -21.7815001 Longitude: -43.3644795 Accuracy: 13.901
IP 186.235.109.34
Assinatura:



Hash Evidências:
6BFA1C0B48FD6DA905E1CD82D2B14BD1875C6DEACC6198FD0C5EB5D39B60584C

☑ MARCO ANTONIO G. DE ALMEIDA (DIRETOR PRESIDENTE)) - 485.***.***-34 em 06/07/2022 18:15 UTC-03:00
Nome no certificado: Marco Antonio Guimaraes De Almeida
Tipo: Certificado Digital

☑ Juliana Gomes de Carvalho (TESTEMUNHA) - 112.***.***-04 em 06/07/2022 12:17 UTC-03:00
Tipo: Assinatura Eletrônica
Identificaçao: Por email: julianagcarvalho@hotmail.com

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em sexta-feira, 1 de setembro de 2023 10:34:56 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

Evidências

Client Timestamp Wed Jul 06 2022 12:23:20 GMT-0300 (Horário Padrão de Brasília)
Geolocation Latitude: -21.7599456 Longitude: -43.3498097 Accuracy: 128.8990020751953
IP 177.51.36.8
Assinatura:



Hash Evidências:
C8B8A4D38BD88669F72867155D71656403DA0E8762CB4BC5DB3290170BF47F2B

☑ Cleyson Luiz Oliveira da Silva (testemunha) - 108.***.***-98 em 06/07/2022 12:16 UTC-03:00
Tipo: Assinatura Eletrônica
Identificaçao: Autenticação de conta

Evidências

Client Timestamp Wed Jul 06 2022 12:14:39 GMT-0300 (GMT-03:00)
Geolocation Latitude: -21.7773976 Longitude: -43.3597429 Accuracy: 12.648
IP 201.55.120.194
Assinatura:



Hash Evidências:
0C2FED7DFC545895DD71802B439FC8950A1A50828C33011C6D91B0CF329D7438

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em sexta-feira, 1 de setembro de 2023 10:34:56 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

CONVÊNIO

CENTRO DE INTEGRAÇÃO EMPRESA-ESCOLA · MG
Associação Social de Interesse Público

765

EMPRESA **Nº E.M** 5536/03

Juiz de Fora, 01 de Agosto de 2003

EMPRESA (Unidade Concedente de Oportunidade de Estágio): HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS

Endereço: R: Dr. Dirceu de Andrade, 33 Fone: (32) 4009-2319

Bairro: São Mateus Cidade: Juiz de Fora UF: MG CEP: 36.025-330

Ramo de Atividade: Atividades de atendimento hospitaiar, exceto pronto-socorro e unidades para atendimento a urgências.

Inscrições: CNPJ/MF: 21.583.042/0001-72 Estadual: --- CCM: ---

Representada por: Dr. Jorge Montessi Cargo: Diretor

Responsável pela administração deste Convênio (na Empresa):

Nome: Dr. Jorge Montessi Cargo: Diretor

e o Centro de Integração Empresa Escola de Minas Gerais, CIEEMG, Associação de Direito Privado, autônoma, de âmbito estadual, de interesse público (municipal, estadual e federal) que atua nos setores atinentes ao desenvolvimento dos processos de formação profissional, técnica, cultural e científica, bem como na integração entre as Instituições de Ensino e Empresas (particulares ou públicas), com vistas à otimização da absorção do profissional pelo mercado de trabalho, com personalidade jurídica própria, conforme registro nº 5.332 - Livro "A" nº 7, em 08/06/65, no Cartório Jero Oliva (Registro Civil de Pessoas Jurídicas) de Belo Horizonte - MG, com sede na Rua Célio de Castro, 79 - Floresta - CEP 31110-000 - Belo Horizonte/Estado de Minas Gerais - Fone: (31) 3429-8100 - Fax: (31) 3421-6214 - Inscrição no CNPJ (MF): 21.728.779/0001-36.

Representado por: Waldemar Dornas Pereira Cargo: Superintendente Executivo

Responsável pela administração deste Convênio (no CIEEMG):

Nome: Thereza Cristina de Oliveira Rampinelli Cargo: Supervisora

Celebram entre si este Convênio, estipulando as cláusulas e condições seguintes:

CLÁUSULA 1ª

Este Convênio estabelece Cooperação Recíproca entre as partes, visando ao desenvolvimento de atividades conjuntas capazes de propiciar a plena operacionalização de Estágio de Estudantes, como uma Estratégia de Profissionalização, que complementa o processo Ensino-Aprendizagem sendo um procedimento didático-pedagógico, em consonância com a legislação específica, ficando a Unidade Concedente, neste ato, inscrita no Quadro de Membros-Cooperadores do CIEEMG, conforme determina seu Estatuto Social.

§ 1º - O CIEEMG, exercendo seu papel de Agente de Integração, facilitará formalmente os procedimentos de caráter legal, técnico, burocrático e administrativo para a Unidade Concedente, perante às Instituições de Ensino.

§ 2º - O Estágio representa a oportunidade que a Unidade Concedente oferece, em suas dependências, ao estudante de receber um treinamento prático na linha de sua formação profissional, em situações reais de trabalho.

§ 3º - A oportunidade concedida se traduz pelo conjunto de fatores que, durante o período de realização do Estágio, são colocados à disposição do estudante-estagiário, sob a forma não só de tempo e espaço físico-operacional, mas também de recursos humanos, técnicos e instrumentais.

CLÁUSULA 2ª

Para cumprir o estabelecido na Cláusula 1ª, caberá ao CIEEMG:

a) – relacionar-se com as Instituições de Ensino e com elas celebrar Convênios específicos, nos quais deverão conter as condições exigidas pelas mesmas para a caracterização e definição dos estágios de seus alunos;

b) – informar à Unidade Concedente as condições mencionadas na alínea "a";

c) – obter da Unidade Concedente a quantificação das oportunidades de Estágio possíveis de serem concedidas, com a identificação dos respectivos cursos;

d) – promover o ajuste das condições de Estágio, definidas pelas Instituições de Ensino, com as condições/disponibilidade da Unidade Concedente, explicitando as principais atividades a serem desenvolvidas pelo Estagiário;

e) – encaminhar à Unidade Concedente os estudantes que se identificarem com as respectivas oportunidades de Estágio concedidas;

f) – diligenciar para que a Unidade Concedente preencha, formalmente, a autorização para Elaboração do Termo de Compromisso de Estágio, informando o nome dos estudantes que, efetivamente, realizarão a atividade de Estágio;

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por ADEMARIA GUARNIERI GALIL, em sexta-feira, 1 de setembro de 2023 10:34:56 GMT-03:00, CNS: 04116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

g) – diligenciar para que a Instituição de Ensino, a Unidade Concedente e o Estudante assinem o respectivo Termo de Compromisso de Estágio, com a anuência do CIEEMG;

h) – preparar toda a documentação legal referente ao Estágio e efetivar o Seguro Contra Acidentes Pessoais em favor dos Estagiários;

i) – conceder, através do Fundo Interno de Bolsa-Auxílio (FIBA), a Bolsa-Auxílio mensal ao estudante que tenha tido sua solicitação deferida pelo CIEEMG.

j) – zelar pelo cumprimento do Termo de Compromisso de Estágio, de acordo com a legislação específica em vigor.

CLÁUSULA 3ª

Para cumprir o estabelecido na Cláusula 1ª, caberá à Unidade Concedente:

a) – informar ao CIEEMG as oportunidades de Estágio disponíveis na empresa, conciliando suas condições com as exigidas pelas Instituições de Ensino;

b) – receber os Estudantes encaminhados pelo CIEEMG, para informá-los sobre as condições de realização do Estágio;

c) – comunicar ao CIEEMG o nome dos Estudantes que, efetivamente, realizarão o Estágio;

d) – celebrar com os Estudantes os respectivos Termos de Compromisso de Estágio, com a anuência do CIEEMG;

e) – participar da sistemática de acompanhamento, supervisão e avaliação dos estágios, fornecendo, quando for o caso, dados às Instituições de Ensino, diretamente ou através do CIEEMG;

f) – informar, mensalmente, ao CIEEMG, a freqüência dos Estudantes ao Estágio;

g) – transferir ao CIEEMG, mensalmente, mediante entendimentos, Contribuições Institucionais destinadas ao Fundo Interno de Bolsa-Auxílio, cujos valores serão aplicados única e exclusivamente na concessão de Bolsa-Auxílio aos estagiários. As bolsas-auxílio são acrescidas de 13% sobre seus valores, a título de Receita Institucional;

h) – efetuar, por livre iniciativa, doações ao CIEEMG, em importância que julgar conveniente. Caso não tenha estudantes-estagiários em suas dependências, essas doações serão destinadas à execução dos objetivos institucionais, custeio de programas de interesse comunitário, estudos, pesquisas, desenvolvimento da estrutura e dos recursos humanos do CIEEMG.

i) – zelar pelo cumprimento do Termo de Compromisso de Estágio, de acordo com a legislação específica em vigor.

CLÁUSULA 4ª

O CIEEMG, sempre em atendimento e consonância com o que estabelece seu Estatuto, poderá, também, executar outros projetos especiais de interesse para a Unidade Concedente, se essa assim o desejar.

Parágrafo Único - A execução desses projetos especiais será feita mediante estudos específicos, com a devida configuração técnica e quantificação de recursos humanos, instrumentais e financeiros necessários.

CLÁUSULA 5ª

O Manual Estágios é parte integrante deste Convênio e deve ser entregue à Unidade Concedente no ato de sua assinatura.

CLÁUSULA 6ª

O presente Convênio terá vigência por prazo indeterminado, podendo, porém, a qualquer tempo, ser denunciado por uma das partes, mediante comunicado por escrito, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias.

E, por estarem justas e concordes, as partes assinam o presente Convênio em duas (02) vias de igual teor.

MEMBRO-COOPERADORA

HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS
CNPJ 21.583.042/0001-72
Rua Dr. Dirceu de Andrade, 33
S. Mateus-36025-330-J. Fora-MG

Representante Legal
(carimbo e assinatura)

HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS
CNPJ 21.583.042/0001-72
Rua Dr. Dirceu de Andrade, 33
S. Mateus-36025-330-J. Fora-MG

Responsável pela Administração do Convênio (EMPRESA)
(carimbo e assinatura)

CENTRO DE INTEGRAÇÃO EMPRESA-ESCOLA DE MINAS GERAIS (CIEEMG)

Waldemar Dornas Pereira
Superintendente Executivo

Representante Legal
(carimbo e assinatura)

Responsável pela Administração do Convênio (CIEEMG)
(carimbo e assinatura)
Cristiane C.A. Pereira
DOPES/JUP

"COM O ESTAGIÁRIO SUA EMPRESA SÓ TEM A GANHAR"

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDE MARIA GUARNIERI GALLIL, em Sexta-feira, 1 de Setembro de 2023 10:34:56 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

767

TERMO DE CONVÊNIO

De conformidade com o Art. 5º do Decreto 87.497 de 18/08/1982, Termo de Convênio que celebram entre si a Escola Elisabeth Rombach LTDA, instituição de ensino, com sede na Rua Batista de Oliveira nº 680 – 1º e 4º andares, CEP 36010-121, Juiz de Fora – MG, CNPJ 03.576.270/0001-33 e de outro Hospital e Maternidade Terezinha de Jesus, situada na Rua Dirceu de Andrade, 33 – São Mateus - Juiz de Fora – MG, Cep. 36025-330, CNPJ 21583042/0001-72, neste ato representado por _____ doravante denominado Concedente, conforme assinaturas constantes no presente Termo, mediante as cláusulas e condições seguintes:

PRIMEIRA:

O Presente Convênio será realizado na Empresa conveniada, tendo por objetivo possibilitar complementação educacional através de estágio supervisionado à Estudantes devidamente matriculados na Escola Técnica de Enfermagem Elisabeth Rombach do Curso Livre de Instrumentação Cirúrgica.

SEGUNDA:

Para fins específicos deste acordo, a Concedente colocará à disposição da outra parte, dependências e recursos que possa dispor, necessários ao desenvolvimento das atividades planejadas, conforme Programação aprovada, de interesse recíproco.

TERCEIRA:

A Instituição de Ensino Supervisionará administrativa e pedagogicamente o trabalho dos estagiários, obrigando-se a zelar pela observância dos regulamentos e normas internas da Concedente.

QUARTA:

Os estagiários não terão vínculo empregatício, isentando-se as partes da obrigatoriedade de concessão de qualquer remuneração pelos serviços prestados, de acordo com o que dispõe o Art. 4º, lei 6.494 de 07.12.77 e o Art. 6º de DECRETO-LEI Nº 87.497 DE 18.08.82, fica a Instituição de Ensino obrigada a fazer para os Estagiários um seguro para cobertura de acidentes pessoais ocorrido em suas dependências ou quando a serviço dela.

QUINTA:

O prazo de duração deste convênio será Indeterminado, podendo ser rescindido por qualquer uma das partes, mediante comunicação por escrito, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias, a contar da data da assinatura deste.

A Instituição de Ensino está conveniada com o Hospital e Maternidade Terezinha de Jesus desde Setembro de 2016.

SEXTA:

Poderá o presente instrumento ser complementado por termos aditivos, visando o desenvolvimento das ações comuns, voltadas para integração empresa/escola. As partes convenientes praticarão por intermédio de seus representantes, todos os atos que se tornem necessários à efetiva execução das presentes disposições.

SÉTIMA:

Dos materiais e equipamentos de proteção individual, o material necessário para utilização como equipamento de proteção individual pelos alunos e supervisores, deverá ser encaminhado

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em sexta-feira, 1 de setembro de 2023 10:34:56 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

semestralmente à concedente referente:

1- 15 Caixas de Luvas de Procedimentos (1500 luvas)

2- 10 Caixas de Máscara Cirúrgica (500 máscaras)

3- 30 pacotes de Capotes de Manga longa descartável (300 capotes)

OITAVA:

Fica eleito o Foro da Cidade de Juiz de Fora - MG para dirimir quaisquer dúvidas oriundas do presente Convênio.

E por estarem assim justas e acordadas, assinam o presente Convênio em 02 (duas) vias de igual teor e forma, para todos os efeitos legais.

Juiz de Fora, 10 de Janeiro de 2018

Pela Empresa Concedente: _____

Hospital e Maternidade Terezinha de Jesus

Pela Instituição de Ensino: _____

Escola Técnica Elisabeth Rombach LTDA

TESTEMUNHAS: 1- Fernando Cordeiro Ribeiro 2_____(EMPRESA)

1-_____ 2-_____(ENSINO)

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em sexta-feira, 1 de setembro de 2023 10:34:56 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2 OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.
768

TERMO DE CONVÊNIO

De conformidade com o Art. 5º do Decreto 87.497 de 18/08/1982, Termo de Convênio que celebram entre si a Escola Elisabeth Rombach LTDA, instituição de ensino, com sede na Rua Batista de Oliveira nº 680 – 1º e 4º andares, CEP 36010-121, Juiz de Fora – MG, CNPJ 03.576.270/0001-33 e de outro, ***HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS***, situada RUA DR DIRCEU DE ANDRADE, 33 – São Mateus - Juiz de Fora – MG, CEP: 36025-330 CNPJ 21.583.042/0001-72, neste ato representado por Marco Antônio Guimarães de Almeida, portador do CPF 485.399.966-34. Conforme assinaturas constantes no presente Termo, mediante as cláusulas e condições seguintes:

PRIMEIRA:

O Presente Convênio será realizado na Empresa conveniada, tendo por objetivo possibilitar complementação educacional através de estágio supervisionado à Estudantes devidamente matriculados na Escola Técnica de Enfermagem Elisabeth Rombach.

SEGUNDA:

Para fins específicos deste acordo, a Concedente colocará à disposição da outra parte, dependências e recursos que possa dispor, necessários ao desenvolvimento das atividades planejadas, conforme Programação aprovada, de interesse recíproco.

TERCEIRA:

A Instituição de Ensino Supervisionará administrativa e pedagogicamente o trabalho dos estagiários, obrigando-se a zelar pela observância dos regulamentos e normas internas da Concedente.

QUARTA:

Os estagiários não terão vínculo empregatício, isentando-se as partes da obrigatoriedade de concessão de qualquer remuneração pelos serviços prestados, de acordo com o que dispõe o Art. 4º, lei 6.494 de 07.12.77 e o Art. 6º de DECRETO-LEI Nº 87.497 DE 18.08.82, fica a Instituição de Ensino obrigada a fazer para os Estagiários um seguro para cobertura de acidentes pessoais ocorrido em suas dependências ou quando a serviço dela.

QUINTA:

O prazo de duração deste convênio será Indeterminado, podendo ser rescindido por qualquer uma das partes, mediante comunicação por escrito, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias, a contar da data da assinatura deste.

SEXTA:

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em sexta-feira, 1 de setembro de 2023 10:34:56 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

Poderá o presente instrumento ser complementado por termos aditivos, visando o desenvolvimento das ações comuns, voltadas para integração empresa/escola. As partes convenientes praticarão por intermédio de seus representantes, todos os atos que se tornem necessários à efetiva execução das presentes disposições.

SÉTIMA:

Fica eleito o Foro da Cidade de Juiz de Fora - MG para dirimir quaisquer dúvidas oriundas do presente Convênio.

E por estarem assim justas e acordadas, assinam o presente Convênio em 02 (duas) vias de igual teor e forma, para todos os efeitos legais.

Juiz de Fora, _____ de _____ de 2021

Pela Empresa Concedente: _____

Pela Instituição de Ensino: _____

Escola Técnica Elisabeth Rombach LTDA

Enf° Fernando Cordeiro Ribeiro
RT DE ENFERMAGEM
COREN-MG 240428
Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus

TESTEMUNHAS: 1- _____ 2 _____

1- _____ 2- _____

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em sexta-feira, 1 de setembro de 2023 10:34:56 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE
HOSPITAL MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS

CONVÊNIO DE ESTÁGIO

HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS - HMTJ, inscrito no CNPJ sob o n. 21.583.042/0001-72 e Inscrição Estadual isento, com sede na Rua Dr. Dirceu de Andrade, n. 33, Bairro São Mateus, CEP 36.025-330, Juiz de Fora, MG, doravante denominado simplesmente CONCEDENTE**,** neste ato representado por seu representante legal infra-assinado, e **ESCOLA ELISABETH ROMBACH LTDA**, situado na Rua Batista de Oliveira, nº 680, 1º e 4º andar, Bairro Centro, na cidade de Juiz de Fora - MG, inscrito no CNPJ 03.576.270/0001-33, doravante denominado CONVENENTE, neste ato representado por sua representante legal infra-assinado, resolvem celebrar o presente convênio para realização de estágio curricular obrigatório dos alunos dos cursos de Instrumentação Cirúrgica e Técnico em Enfermagem, que se submeterá às seguintes cláusulas e condições:

1. OBJETO.

1.1 Constitui objeto do presente convênio, a concessão, pela CONCEDENTE, de estágio obrigatório (não remunerado), aos alunos regularmente matriculados no **Curso de Aprimoramento Profissional em Instrumentação Cirúrgica** e **Técnico em Enfermagem**, e que satisfaçam as condições exigidas pela CONCEDENTE.

1.2 O estágio visa ao aprendizado de competências próprias da atividade profissional e à contextualização curricular, objetivando o desenvolvimento do educando para a vida cidadã e para o trabalho.

2. VIGÊNCIA.

2.1 O presente instrumento vigorará pelo prazo de 12 (doze) meses, contados a partir de 18 de setembro de 2019, sendo renovado automaticamente por períodos iguais e subsequentes, na ausência de manifestação expressa e contrária das partes contratantes.

3. DO PRAZO DE DURAÇÃO DO ESTÁGIO

3.1 O estágio referente ao **Curso de Aprimoramento Profissional em Instrumentação Cirúrgica** terá duração máxima de 30 (trinta) dias, de segunda-feira a sexta-feira, exceto sábado e domingo, conforme planilha que será enviada à CONCEDENTE pela CONVENENTE, podendo ser interrompido a pedido do interessado ou por conveniência da CONCEDENTE.

3.2 O estágio referente ao Curso **Técnico em Enfermagem** terá duração máxima de 06 (seis) meses, podendo ser interrompido a pedido do interessado ou por conveniência da CONCEDENTE.

3.3 O desligamento a que se referem os tópicos 3.1 e 3.2 se dará de imediato, sem necessidade de comunicação prévia, salvo em casos de alunos com deficiência.

4. DAS OBRIGAÇÕES DA CONVENENTE

4.1 Abrir inscrições entre seus alunos para o preenchimento das vagas ofertadas pela CONCEDENTE.

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em sexta-feira, 1 de setembro de 2023 10:34:56 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

4.2 Indicar professor orientador da área desenvolvida na área do estágio, como responsável pelo acompanhamento e avaliação das atividades dos estagiários por ela encaminhados, assegurando, assim, a supervisão dos alunos que estiverem atuando nos campos ofertados.

4.3 Apresentar à CONCEDENTE, antes do início das atividades, para conhecimento e acompanhamento: Cópia do Termo de Convênio/Aditivo vigente, Plano de Atividades do estagiário, relação nominal com número de matrícula dos alunos encaminhados, nome e contato dos Coordenadores/Professores responsáveis pelo estágio, Termo de Compromisso de Estágio.

4.4 Apresentar comprovação/cartão de vacina de todos os estagiários e preceptores com imunização de BCG, Dupla Adulto (recente), Rubéola, Sarampo e Hepatite B (Três doses), junto ao Serviço de Saúde Ocupacional da concedente;

4.5 Participar, quando solicitada, em reuniões nas unidades receptoras de estágio.

4.6 Fornecer à CONCEDENTE, mensalmente, escala de alunos e preceptores, na qual conste o nome e o número de alunos e preceptores encaminhados por turno, incluindo os finais de semana.

4.7 Encaminhar Preceptor, após aprovação do Plano de Atividades do Estágio, para reconhecimento do local de estágio, conhecendo as condições de funcionamento, antes de seu início.

4.8 Informar à CONCEDENTE, com antecedência mínima de 01 (um) semestre letivo, qualquer alteração do programa aprovado.

4.9 Assegurar que os alunos se apresentem nos respectivos locais de atividades curriculares, devidamente paramentados, de acordo com as atividades curriculares exercidas.

4.10 Respeitar as questões de cunho privativo da CONCEDENTE, Código de Ética, Carta de Direitos do Paciente e Leis que regulamentam a categoria profissional e normas e rotinas do serviço.

4.11 Realizar seguro contra acidentes pessoais, para todos os alunos que estiverem atuando nos campos de estágio disponibilizados, encaminhado à CONCEDENTE, antes do início das atividades, a cópia da apólice do seguro e seu respectivo número.

4.12 Fornecer à CONCEDENTE, semestralmente, como contrapartida, os seguintes materiais:

PARA OS ALUNOS DO CURSO TÉCNICO EM ENFERMAGEM	
QUANTIDADE	**MATERIAIS**
60	Caixas de Luvas de Procedimento (Cada caixa contendo 100 unidades)
30	Caixas de Máscara Cirúrgica Descartável (Cada caixa contendo 50 unidades)
150	Pacotes de Capotes de Manga Longa Descartável de TNT (Cada pacote com 10 unidades)
30	Pacotes com Gorro Cirúrgico Descartável de TNT (Cada pacote com 100 unidades)

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em sexta-feira, 1 de setembro de 2023 10:34:56 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

PARA OS ALUNOS DO CURSO INSTRUMENTAÇÃO CIRÚRGICA	
QUANTIDADE	**MATERIAIS**
30	Caixas de máscara cirúrgica descartável (Cada caixa contendo 50 unidades)
02	Caixas de Campo Operatório 23x25cm Estéril (Cada caixa com 140 Pacotes)
30	Pacotes de Gorro Cirúrgico Descartável (Cada pacote com 100 unidades)
250	Luvas Cirúrgicas estéreis de numeração 7,5 e/ou 8,0

4.12.1 Os materiais fornecidos pela CONVENENTE deverão ser entregues no setor de Almoxarifado da CONCEDENTE, seguindo os horários de funcionamento do setor mediante conferência do setor que os recebeu em conjunto com o gerente de enfermagem.

5. DAS OBRIGAÇÕES DA CONCEDENTE

5.1 Ofertar campo de estágio obrigatório em seus serviços aos alunos da CONVENENTE, na medida de sua necessidade e disponibilidade, considerando a capacidade física e humana nas unidades receptoras para a realização das atividades a serem desenvolvidas.

5.2 Garantir aos preceptores e alunos discriminados na escala mensal encaminhada pela CONVENENTE, nos termos do tópico 4.6, o uso das unidades de serviços de saúde em concordância com a programação assistencial nos horários acordados.

5.3 Fixar e informar, previamente, o número de vagas disponíveis para os alunos da CONVENENTE, conforme sua capacidade, necessidade e interesse.

5.4 Avaliar junto aos representantes da CONVENENTE, ao término de cada período, as atividades curriculares realizadas.

5.5 Facilitar, aos alunos designados pela CONVENENTE conforme escala mensal, acesso aos locais ofertados para as atividades curriculares, para conhecimento e entrosamento com os serviços e equipe.

5.6 Informar à CONVENENTE, com antecedência mínima de 01 (um) semestre letivo, qualquer alteração no programa aprovado.

5.7 Assinar, através de seu responsável, o Termo de Compromisso de Estágio dos alunos, conforme modelo encaminhado pela CONVENENTE.

5.8 Informar aos Coordenadores dos Cursos, Preceptores e Alunos da CONVENENTE sobre as normas, rotinas e regulamentos do estágio, através de uma Comissão de Recepção realizada pela CONCEDENTE antes do início do estágio dos alunos.

6. DA RESCISÃO

6.1 O presente convênio poderá ser rescindido, pelas partes, sem justa causa, mediante comunicação prévia, sempre por escrito, com prazo não inferior a 30 (trinta) dias.

6.2 Poderá ainda ser rescindido o presente instrumento, imediatamente, sem prejuízo do estipulado em cláusulas específicas, por descumprimento de quaisquer cláusulas e condições do presente termo e seus aditivos, independentemente de notificação judicial

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em sexta-feira, 1 de setembro de 2023 10:34:56 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE
HOSPITAL MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS

ou extrajudicial, sem prejuízo da aplicação das medidas judiciais cabíveis à parte infratora, inclusive perdas e danos.

6.3 Caso a CONTRATADA, em decorrência deste contrato, desempenhe atividades em dependências do HOSPITAL MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS ou em unidades de propriedade do HMTJ, deverá, por ocasião da rescisão, desocupar o local cedido em 48 (quarenta e oito) horas, impreterivelmente.

7. DISPOSIÇÕES GERAIS

7.1 Os aluno encaminhados pela CONVENENTE à CONCEDENTE só poderão iniciar seu estágio depois de firmarem Termo de Compromisso e Aceitação de Estágio, que disporá sobre seus direitos e deveres.

7.2 Será desligado do estágio, o aluno que não observar a conduta disciplinar exigida no Termo de Compromisso e na Aceitação de Estágio por ele assinado, as normas, rotinas e regulamentos da CONCEDENTE.

7.3 Poderá o presente instrumento ser complementado por termos aditivos, visando o desenvolvimento das ações comuns, voltas para integração empresa/escola. As partes praticarão, por intermédio de seus representantes, todos os atos que se tornem necessários à efetiva execução deste convênio.

7.4 Na ausência do professor orientador da CONVENENTE, o Enfermeiro não exercerá, simultaneamente, a função de supervisor de estágios e as atividades assistenciais e/ou administrativas para as quais estiver designado naquele serviço.

7.5 No planejamento e execução do estágio, além da relação entre o número de estagiários e o quadro de pessoal da instituição concedente, prevista no Art. 17 da Lei nº 11.788/2008, deve-se considerar a proporcionalidade do número de estagiários por nível de complexidade da assistência de Enfermagem, na forma do art. 2º, I a IV, da Resolução 371/2010 do COFEN.

7.6 A CONCENDENTE não terá, para quaisquer efeitos, qualquer vínculo empregatício com os alunos e tampouco com os preceptores encaminhados pela CONVENENTE.

7.7 O presente instrumento constitui na cooperação entre as partes e não gera vínculo jurídico ou mesmo a formação de qualquer tipo de sociedade ou grupo econômico entre as contratantes e, tampouco, vínculo empregatício ou qualquer outra obrigação.

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em sexta-feira, 1 de setembro de 2023 10:34:56 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE
HOSPITAL MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS

8. Foro.

Estipulam as partes o foro da Comarca de Juiz de Fora, MG como o único competente para dirimir eventuais dúvidas que decorram deste contrato, excluindo-se qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

E, por estarem assim justos e contratados, as partes firmam este convênio, em 2 (duas) vias de igual teor e forma, na presença das testemunhas abaixo.

Juiz de Fora, 18 de Setembro de 2019.

HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS – HMTJ

Elisabeth Rombach
Eli Teixeira Prado Rodrigues
Diretora Geral

ESCOLA ELISABETH ROMBACH LTDA

Negociado por: _____
Nome:

Aprovado por: _____
Nome:

Testemunhas:

Nome: _____

CPF: 038.997.176-60

Testemunhas:

Nome: _____

CPF: 122.690.556-90

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em sexta-feira, 1 de setembro de 2023 10:34:56 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

ADITIVO 1

HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS – OSS, inscrito no CNPJ sob o n. 21.583.042/0001-72, doravante denominado **HMTJ**, e **ESCOLA ELISABETH ROMBACH LTDA**, inscrita no CNPJ sob o nº. **03.576.270/0001-33**, doravante denominada **CONTRATADA**, resolvem aditar, como adiante, as cláusulas do contrato que firmaram em 18 de Setembro de 2019:

CLÁUSULA PRIMEIRA.

A cláusula n. 4.12, do contrato ora aditado, passa a vigorar com a seguinte redação:

4.12 Fornecer à CONCEDENTE, semestralmente, como contrapartida, os seguintes materiais:

CURSO TÉCNICO DE ENFERMAGEM

- 20 caixas de luvas de procedimentos (cada caixa com 100 unid.);
- 20 caixas de máscara cirúrgica descartável (cada caixa com 50);
- 80 pacotes de capotes de manga longa descartável (cada pacote com 10 unid.)
- 20 pacotes com gorro cirúrgico descartável de TNT (Cada pacote com 100 unid.)

CURSO DE INSTRUMENTAÇÃO CIRÚRGICA

- 2 caixas de campo operatório 23x25 estéril (cada caixa com 140 pacotes);
- 250 luvas cirúrgicas estéreis de número 7,5 e/ou 8,0;
- 20 pacotes de gorro cirúrgico descartável (cada pacote com 100 unid.);

CURSO DE TÉCNCO DE RADIOLOGIA

- 5 caixas de luvas de procedimentos (cada caixa com 100 unid.);
- 5 caixas de máscara cirúrgica descartável (cada caixa com 50);
- 20 pacotes de capotes de manga longa descartável (cada pacote com 10 unid.)
- 5 pacotes com gorro cirúrgico descartável de TNT (Cada pacote com 100 unid.)

CLÁUSULA SEGUNDA.

Permanecem inalteradas e válidas todas as demais cláusulas e condições do contrato original que não foram alteradas pelo presente instrumento.

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em sexta-feira, 1 de setembro de 2023 10:34:56 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

E, por estarem justas e contratadas as partes firmam o presente contrato, em 02 (duas) vias originais de igual teor, para os mesmos efeitos, na presença das 02 (duas) testemunhas abaixo assinadas.

Juiz de Fora, 27 de Setembro de 2021.

HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS

ESCOLA ELISABETH ROMBACH LTDA

Testemunhas:

Nome: _____

CPF: _____

Nome: _____

CPF: _____

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em sexta-feira, 1 de setembro de 2023 10:34:56 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

HMTJ
ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE
HOSPITAL MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS

ADITIVO 1

HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS – OSS, inscrito no CNPJ sob o n. 21.583.042/0001-72, doravante denominado **HMTJ**, e **ESCOLA ELISABETH ROMBACH LTDA**, inscrita no CNPJ sob o nº. **03.576.270/0001-33**, doravante denominada **CONTRATADA**, resolvem aditar, como adiante, as cláusulas do contrato que firmaram em 18 de Setembro de 2019:

CLÁUSULA PRIMEIRA.

A cláusula n. 4.12, do contrato ora aditado, passa a vigorar com a seguinte redação:

4.12 Fornecer à CONCEDENTE, semestralmente, como contrapartida, os seguintes materiais:

CURSO TÉCNICO DE ENFERMAGEM

- 20 caixas de luvas de procedimentos (cada caixa com 100 unid.);
- 20 caixas de máscara cirúrgica descartável (cada caixa com 50);
- 80 pacotes de capotes de manga longa descartável (cada pacote com 10 unid.)
- 20 pacotes com gorro cirúrgico descartável de TNT (Cada pacote com 100 unid.)

CURSO DE INSTRUMENTAÇÃO CIRÚRGICA

- 2 caixas de campo operatório 23x25 estéril (cada caixa com 140 pacotes);
- 250 luvas cirúrgicas estéreis de número 7,5 e/ou 8,0;
- 20 pacotes de gorro cirúrgico descartável (cada pacote com 100 unid.);

CURSO DE TÉCNCO DE RADIOLOGIA

- 5 caixas de luvas de procedimentos (cada caixa com 100 unid.);
- 5 caixas de máscara cirúrgica descartável (cada caixa com 50);
- 20 pacotes de capotes de manga longa descartável (cada pacote com 10 unid.)
- 5 pacotes com gorro cirúrgico descartável de TNT (Cada pacote com 100 unid.)

CLÁUSULA SEGUNDA.

Permanecem inalteradas e válidas todas as demais cláusulas e condições do contrato original que não foram alteradas pelo presente instrumento.

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em sexta-feira, 1 de setembro de 2023 10:34:56 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE
HOSPITAL MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS

E, por estarem justas e contratadas as partes firmam o presente contrato, em 02 (duas) vias originais de igual teor, para os mesmos efeitos, na presença das 02 (duas) testemunhas abaixo assinadas.

Juiz de Fora, 27 de Setembro de 2021.

HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS

ESCOLA ELISABETH ROMBACH LTDA

Testemunhas:

Nome: Pamela Paula dos Santos

CPF: 109.990.916-80

Nome: CARLOS CLEMENTE

CPF: 028639166 53

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em sexta-feira, 1 de setembro de 2023 10:34:56 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA

PLANO DE TRABALHO – CONVÊNIO PARA FINS DE ESTÁGIO

IDENTIFICAÇÃO DAS PARTES

INSTITUIÇÃO CONVENENTE: Universidade Federal de Juiz de Fora

CNPJ: 21.195.755/0001-69

ENDEREÇO: Rua José Lourenço Kelmer, s/n – Campus Universitário - São Pedro - 36036-900, Juiz de Fora- MG

REPRESENTANTE LEGAL: Marcus Vinícius David

CARGO: Reitor

INSTITUIÇÃO CONVENIADA: DEMAIS CONCEDENTES (PÚBLICAS OU PRIVADAS)

CPF OU CNPJ: 21.583.042/0001-72

RAZÃO SOCIAL DA CONVENIADA: HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS

*de acordo com cadastro do CPF ou CNPJ

ENDEREÇO: RUA DR. DIRCEU DE ANDRADE, 33. SÃO MATEUS. JUIZ DE FORA - MG

REPRESENTANTE LEGAL: NEWTON FERREIRA DE OLIVEIRA

CARGO: DIRETOR RESPONSÁVEL PELA RESIDÊNCIA MÉDICA E CONVÊNIOS

IDENTIFICAÇÃO DO OBJETO

Proporcionar, de acordo com a legislação vigente, oportunidade de estágio obrigatório e/ou não obrigatório aos estudantes regularmente matriculados e com frequência efetiva nos cursos de graduação oferecidos pela **UFJF**, conforme **ANEXO I**, nas diversas áreas de atuação da **CONVENIADA**.

META A SER ATINGIDA

Proporcionar aos estudantes a aproximação com a realidade profissional, com vistas ao aperfeiçoamento técnico, cultural, cientifico e pedagógico de sua formação acadêmica, no sentido de prepará-lo para o exercício da profissão e cidadania.

ETAPAS OU FASES DE EXECUÇÃO

- Assinatura do Convênio entre a **UFJF** e a **CONVENIADA**.
- Designar profissionais responsáveis pela supervisão e orientação dos estagiários.
- Elaborar a programação técnica do estágio.
- Providenciar o seguro de acidentes pessoais para os estudantes em atividades de estágio, observado o Parágrafo único do art. 9º da Lei nº 11.788/2008.
- Orientar e supervisionar os estudantes no estágio.
- Proceder à avaliação final dos estudantes.

PLANO DE APLICAÇÃO DE RECURSOS FINANCEIROS

Não está previsto repasse de recursos financeiros. Cada participe arcará com o ônus de acordo com as responsabilidades assumidas no Convênio ao qual este Plano de Trabalho está vinculado.

CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALLI, em sexta-feira, 1 de setembro de 2023 10:34:56 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

Não se aplica.

PREVISÃO DO INÍCIO E FIM DA EXECUÇÃO DO OBJETO - VIGÊNCIA

VIGÊNCIA*: (x) 01 ano ( ) 02 anos ( ) 03 anos ( ) 04 anos ( ) 05 anos

*Prazo contado a partir da data de assinatura do Convênio ao qual este Plano de Trabalho está vinculado.

Juiz de Fora, 01 de março de 2023

Documento assinado eletronicamente por **Newton Ferreira de Oliveira**, **Usuário Externo**, em 01/03/2023, às 10:24, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no Portal do SEI-U f (www2.u f.br/SEI) através do ícone Conferência de Documentos, informando o código verificador **1166976** e o código CRC **F049A157**.

Referência: Processo nº 23071.907057/2023-06 SEI nº 1166976

Este documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em sexta-feira, 1 de setembro de 2023 10:34:56 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA

ANEXO I AO TERMO DE CONVÊNIO PARA FINS DE ESTÁGIO

INSTITUIÇÃO CONVENENTE: Universidade Federal de Juiz de Fora

CNPJ: 21.195.755/0001-69

INSTITUIÇÃO CONVENIADA:DEMAIS CONCEDENTES (PÚBLICAS OU PRIVADAS)

CPF OU CNPJ:21.583.042/0001-72

RAZÃO SOCIAL DA CONVENIADA:HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS

*de acordo com cadastro do CPF ou CNPJ

SELECIONE A MODALIDADE DE ESTÁGIO A SER OFERECIDA PELA CONVENIADA:

( ) ESTÁGIO OBRIGATÓRIO

( ) ESTÁGIO NÃO OBRIGATÓRIO(

x) AMBAS AS MODALIDADES

DIGITE OS CURSOS PARA OS QUAIS A CONVENIADA OFERECERÁ ESTÁGIOS:MEDICINA, **SERVIÇO SOCIAL**.

Referência: Processo nº 23071.907057/2023-06 SEI nº 1348377

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em sexta-feira, 1 de setembro de 2023 10:34:56 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA

ANEXO I AO TERMO DE CONVÊNIO PARA FINS DE ESTÁGIO

INSTITUIÇÃO CONVENENTE: Universidade Federal de Juiz de Fora

CNPJ: 21.195.755/0001-69

INSTITUIÇÃO CONVENIADA: DEMAIS CONCEDENTES (PÚBLICAS OU PRIVADAS)

CPF OU CNPJ: 21.583.042/0001-72

RAZÃO SOCIAL DA CONVENIADA: HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS

*de acordo com cadastro do CPF ou CNPJ

SELECIONE A MODALIDADE DE ESTÁGIO A SER OFERECIDA PELA CONVENIADA:

( ) ESTÁGIO OBRIGATÓRIO

( ) ESTÁGIO NÃO OBRIGATÓRIO

(x) AMBAS AS MODALIDADES

DIGITE OS CURSOS PARA OS QUAIS A CONVENIADA OFERECERÁ ESTÁGIOS: MEDICINA, **SERVIÇO SOCIAL**.

Documento assinado eletronicamente por **Marco Antonio Guimaraes de Almeida**, **Usuário Externo**, em 10/07/2023, às 16:14, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no Portal do SEI-U f (www2.u f.br/SEI) através do ícone Conferência de Documentos, informando o código verificador **1348377** e o código CRC **345F176C**.

Referência: Processo nº 23071.907057/2023-06 SEI nº 1348377

Este documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em sexta-feira, 1 de setembro de 2023 10:34:56 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA

CARTA DE INTENÇÕES – CONVÊNIO PARA FINS DE ESTÁGIO

INSTITUIÇÃO CONVENIADA: DEMAIS CONCEDENTES (PÚBLICAS OU PRIVADAS)

CPF OU CNPJ: 21.583.042/0001-72

RAZÃO SOCIAL DA CONVENIADA: HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS

*de acordo com cadastro do CPF ou CNPJ

NOME FANTASIA: ********

ENDEREÇO: RUA DR. DIRCEU DE ANDRADE, 33. SÃO MATEUS. JUIZ DE FORA - MG

CEP: 36025-330

REPRESENTANTE LEGAL: NEWTON FERREIRA DE OLIVEIRA

CARGO: DIRETOR RESPONSÁVEL PELA RESIDÊNCIA MÉDICA E CONVÊNIOS

TELEFONES PARA CONTATO: (32) 4009-2256

E-MAIL: matheus.monteiro2370@gmail.com

VIGÊNCIA:

(x) 01 ano

( ) 02 anos

( ) 03 anos

( ) 04 anos

( ) 05 anos

Atestamos, para os devidos fins, que desejamos estabelecer Convênio junto à UFJF para fins de oferecimento de oportunidades de estágio em acordo com a legislação federal vigente.

Por ser verdade, firmamos o presente.

Juiz de Fora, 01 de março de 2023

OBSERVAÇÕES:

Documento assinado eletronicamente por **Newton Ferreira de Oliveira**, **Usuário Externo**, em 01/03/2023, às 10:25, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no Portal do SEI-U f (www2.u f.br/SEI) através do ícone Conferência de Documentos, informando o código verificador **1166972** e o código CRC **B596F83E**.

Referência: Processo nº 23071.907057/2023-06 SEI nº 1166972

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em sexta-feira, 1 de setembro de 2023 10:34:56 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA

TERMO DE CONVÊNIO PARA FINS DE ESTÁGIO

IDENTIFICAÇÃO DAS PARTES

INSTITUIÇÃO CONVENENTE: Universidade Federal de Juiz de Fora

CNPJ: 21.195.755/0001-69

ENDEREÇO: Rua José Lourenço Kelmer, s/n – Campus Universitário - São Pedro - 36036-900, Juiz de Fora- MG

REPRESENTANTE LEGAL: Marcus Vinícius David

CARGO: Reitor

INSTITUIÇÃO CONVENIADA: DEMAIS CONCEDENTES (PÚBLICAS OU PRIVADAS)

CPF OU CNPJ: 21.583.042/0001-72

RAZÃO SOCIAL DA CONVENIADA: HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS

*de acordo com cadastro do CPF ou CNPJ

ENDEREÇO: RUA DR. DIRCEU DE ANDRADE, 33. SÃO MATEUS. JUIZ DE FORA - MG

REPRESENTANTE LEGAL: NEWTON FERREIRA DE OLIVEIRA

CARGO: DIRETOR RESPONSÁVEL PELA RESIDÊNCIA MÉDICA E CONVÊNIOS

VIGÊNCIA:

(x) 01 ano

( ) 02 anos

( ) 03 anos

( ) 04 anos

( ) 05 anos

CLÁUSULA PRIMEIRA - A **CONVENIADA**, de acordo com sua disponibilidade e interesse, promoverá a realização de estágios para estudantes regularmente matriculados e frequentes desta **UNIVERSIDADE**, nos cursos e modalidades indicados no **ANEXO I** deste instrumento, em consonância com a Lei 11.788 de 25/09/2008.

CLÁUSULA SEGUNDA - Os estudantes serão selecionados pela **CONVENIADA** para se dedicarem às atividades relacionadas com os respectivos cursos.

CLÁUSULA TERCEIRA – A CONVENIADA, para atender a finalidade do presente convênio, obriga-se a conceder aos estudantes todas as condições e facilidades para um adequado aproveitamento do estágio, designando supervisor de seu quadro de pessoal, com formação ou experiência profissional em área de conhecimento abrangida pelo curso do estagiário, para supervisionar até 10 (dez) estagiários simultaneamente.

Parágrafo único. O supervisor do estagiário deverá ter formação superior no mesmo curso do estagiário sempre que as Diretrizes Curriculares Nacionais o exigirem.

CLÁUSULA QUARTA - As condições curriculares para realização de estágio serão aquelas especificadas pela **UNIVERSIDADE** de acordo com o Plano de Atividades do Estagiário, previamente elaborado segundo os currículos, programas e calendários escolares, por meio de documento em separado que integrará o Termo de Compromisso do Estagiário, devendo obter deferimento e a assinatura do Presidente da Comissão Orientadora de Estágio do curso em questão e as assinaturas do professor orientador na **UNIVERSIDADE** e do supervisor da **CONVENIADA**.

CLÁUSULA QUINTA – O estagiário não terá, em hipótese alguma, vínculo empregaticio com a **CONVENIADA**.

CLÁUSULA SEXTA – A duração do estágio não poderá exceder o prazo máximo de 02 (dois) anos, exceto quando se tratar de estagiário portador de deficiência.

CLÁUSULA SÉTIMA – A jornada de atividades em estágio, a ser cumprida pelo estudante, deverá compatibilizar-se com seu horário escolar, não podendo ultrapassar 06 (seis) horas diárias e 30 (trinta) horas semanais, exceto cursos que tenham justificado no Projeto

Este documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em sexta-feira, 1 de setembro de 2023 10:34:56 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

Pedagógico a alternância de períodos de teoria e prática, que poderão, nesse caso, se limitar a 40 (quarenta) horas semanais.

CLÁUSULA OITAVA – O estágio não obrigatório implicará no recebimento de auxílio-transporte e bolsa de estágio, que terá a possibilidade de ser ajustada, a critério exclusivo da **CONVENIADA**, correndo as despesas da concessão por sua conta.

CLÁUSULA NONA – A **CONVENIADA** deverá proporcionar ao estagiário, preferencialmente no período de férias escolares, 30 (trinta) dias de recesso sempre que o estágio tiver duração igual ou superior a 1 (um) ano e de modo proporcional, nos casos do estágio ter duração inferior a um ano. Parágrafo único. O recesso de que trata esta Cláusula deverá ser remunerado quando o estagiário receber bolsa.

CLÁUSULA DÉCIMA - As partes, de comum acordo, estabelecem que o cumprimento do disposto no art. 9º da Lei 11.788 de 25/09/2008 ficará a cargo da **CONVENIADA**, que tomará providências para o Seguro de Acidentes Pessoais em favor do estudante.

Parágrafo único. No caso de estágio obrigatório, a responsabilidade pela contratação do seguro de que trata esta Cláusula poderá, alternativamente, ser assumida pela **UNIVERSIDADE**.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA - O estagiário se obrigará, mediante assinatura de Termo de Compromisso, a cumprir as condições estabelecidas para o estágio, bem como as normas de trabalho pertinentes aos funcionários da **CONVENIADA**, especialmente as que resguardem a manutenção de sigilo de informações a que tiver acesso, em decorrência do estágio.

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA - O presente Convênio poderá ser rescindido a qualquer tempo, desde que uma das partes convenentes notifique a outra com antecedência mínima de 30 (trinta) dias, sem prejuízo das ações em andamento.

CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA - As partes elegem o Foro da Justiça Federal - Subseção Judiciária de Juiz de Fora, Estado de Minas Gerais, para dirimir quaisquer questões relativas ao presente Convênio, que não possam ser solucionadas pelo mútuo entendimento das partes convenentes.

Juiz de Fora, data da última assinatura.

Documento assinado eletronicamente por **Newton Ferreira de Oliveira**, **Usuário Externo**, em 01/03/2023, às 10:25, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020.

Documento assinado eletronicamente por **Cassiano Caon Amorim**, **Pró-Reitor(a)**, em 02/03/2023, às 09:37, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no Portal do SEI-U f (www2.u f.br/SEI) através do ícone Conferência de Documentos, informando o código verificador **1166973** e o código CRC **7E57B084**.

Referência: Processo nº 23071.907057/2023-06 SEI nº 1166973

Este documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em sexta-feira, 1 de setembro de 2023 10:34:56 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA

ANEXO I AO TERMO DE CONVÊNIO PARA FINS DE ESTÁGIO

INSTITUIÇÃO CONVENENTE: Universidade Federal de Juiz de Fora

CNPJ: 21.195.755/0001-69

INSTITUIÇÃO CONVENIADA: DEMAIS CONCEDENTES (PÚBLICAS OU PRIVADAS)

CPF OU CNPJ: 21.583.042/0001-72

RAZÃO SOCIAL DA CONVENIADA: HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS

*de acordo com cadastro do CPF ou CNPJ

SELECIONE A MODALIDADE DE ESTÁGIO A SER OFERECIDA PELA CONVENIADA:

( ) ESTÁGIO OBRIGATÓRIO

( ) ESTÁGIO NÃO OBRIGATÓRIO

(x) AMBAS AS MODALIDADES

DIGITE OS CURSOS PARA OS QUAIS A CONVENIADA OFERECERÁ ESTÁGIOS: MEDICINA

Documento assinado eletronicamente por **Newton Ferreira de Oliveira**, **Usuário Externo**, em 01/03/2023, às 10:25, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no Portal do SEI-U f (www2.u f.br/SEI) através do ícone Conferência de Documentos, informando o código verificador **1166974** e o código CRC **6D7D9D4F**.

Referência: Processo nº 23071.907057/2023-06 SEI nº 1166974

Este documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em sexta-feira, 1 de setembro de 2023 10:34:56 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

CONTRATO DE CONVÊNIO DE ESTÁGIO

O Instituto Regina Mater de Educação Profissional Ltda (IRMEP), através do **Curso Técnico em Enfermagem** , localizada na Rua Olegário Maciel, 2175 3º andar, Bairro Paineiras, na cidade de Juiz de Fora, Minas Gerais, inscrito no CNPJ sob o número 13.025.124/0001-73, doravante denominada , atualmente, como IRME II- instituto Regina Mater de Educação anteriormente denominado **Colégio CECON Juiz de Fora**, neste ato representado por seu representante legal Tânia Maria Fonseca Hermes Zuquim Alves, CPF:004.551.026-19, vem junto a empresa **Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus – HMTJ**, situada à Rua Dirceu de Andrade, nº 33, complemento_____, Bairro São Mateus CEP 36025-330 , inscrito no CNPJ sob o número 21.583.042/0001-72 , neste ato representado pelo Sr.(a) _____, CPF _____, firmar contrato de convênio para realização do estágio curricular obrigatório dos alunos do curso de **Técnico de Enfermagem** que regerá de conformidades com as seguintes cláusulas e condições:

CLAÚSULA PRIMEIRA- Dos objetivos:

1.1 – A concessão, pelo conveniado, de estágio obrigatório **(não remunerado)**, aos alunos regulamente matriculados no curso **Técnico em Enfermagem** , mantida pelo **Instituto Regina Mater de Educação Profissional Ltda.**

1.2 O estágio visa ao aprendizado de competências próprias da atividade profissional e à contextualização curricular, objetivando o desenvolvimento do educando para a vida cidadã e para o trabalho.

1.3 Os estágios destinar-se-ão aos alunos regularmente matriculados no IRME II_ INSTITUTO REGINA MATER DE EDUCAÇÃO e que satisfaçam as condições exigidas pelo conveniado.

CLAÚSULA SEGUNDA – Do prazo do estágio:

2.1 – O estágio referente ao curso **Técnico em Enfermagem**, terá duração máxima de 6 (seis) meses, (conforme planilha que será enviada), podendo ser interrompidos a pedido do interessado ou por conveniências da administração do conveniado. O desligamento deverá ser comunicado com 30 (trinta) dias de antecedência.

2.2 – A regra do artigo não se aplica aos alunos com deficiência.

2.3 – Os estagiários de que se trato o presente convênio não criam vínculo empregatício de qualquer natureza.

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em sexta-feira, 1 de setembro de 2023 10:34:56 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 – CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

CLAÚSULA TERCEIRA – Das obrigações da convenente:

3.1 – A convenente se obriga a abrir inscrições entre seus alunos para o preenchimento das vagas oferecidas indicando os candidatos inscritos.

3.2 – A convenente indicará professor-orientador da área a ser desenvolvida no estágio, como responsável pelo acompanhamento e avaliação das atividades do aluno estagiário.

CLAÚSULA QUARTA – Das competências:

4.1 – **Competem ao conveniado**:

4.1.1 – Oferecer campo de estágio obrigatório, nos seus serviços, autorizados previamente, para os alunos, considerando a capacidade física e humana nas unidades receptoras para a realização destas atividades.

4.1.2 – Garantir aos preceptores e alunos da instituição formadora o uso das unidades de serviços de saúde em concordância com a programação assistencial do conveniado nos horários acordados com o convenente.

4.1.3 – O conveniado fixará o número de vagas para os alunos que poderá variar segundo a capacidade/necessidade/interesse, do que dará prévio conhecimento à convenente.

4.1.4 – Avaliar juntos aos representantes do curso e da unidade de serviço de saúde, ao término de cada período, as atividades curriculares realizadas.

4.1.5 – Facilitar aos docentes designados pela convenente acesso aos locais ofertados para as atividades curriculares, para conhecimento e entrosamento com os serviços e equipes.

4.1.6 – Informar a convenente, com antecedência mínima de 01 (um) semestre letivo, qualquer alteração do programa aprovado.

4.1.7 – Assinar, através do responsável da unidade de saúde do conveniado receptora dos estagiários, o Termo de Compromisso de estágio, conforme modelo anexo.

4.2 – **Competem à Convenente**:

4.2.1 – Apresentar ao setor responsável, para o conhecimento e acompanhamento: Cópia Termo de Convênio/Aditivo vigente/Plano de Atividades do estagiário, relação Nominal com número de matrícula dos alunos, Nome e contato dos Coordenadores/Professores responsáveis pelo estágio.

4.2.2 – Apresentar comprovação/cartão de vacina de todos estagiários e preceptores com imunização de BCG, Dupla Adulto (recente), Rubéola, Sarampo e Hepatite B (três doses).

4.2.3 – Participar quando solicitado das reuniões semestrais nas unidades receptoras de estágio.

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em sexta-feira, 1 de setembro de 2023 10:34:56 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

4.2.4 – Os Coordenadores de Curso da Convenente serão informados das normas/rotinas e regulamentos do estágio elaborado nos serviços para divulgar aos preceptores de estágio e principalmente aos alunos.

4.2.5 – Encaminhar após aprovação do Plano de Atividades do estágio, preceptor para reconhecimento do local de estágio, conhecendo as condições de funcionamento, antes de seu início.

4.2.6 – Informar ao conveniado, com antecedência mínima de 01 (um) semestre letivo, qualquer alteração do programa aprovado.

4.2.7 – Assegurar a supervisão dos alunos que estiverem atuando nos campos ofertados.

4.2.8 – Assegurar que os alunos se apresentem nos respectivos locais de atividades curriculares, devidamente paramentados, com todos os equipamentos de proteção individual (EPI) e materiais que utilizarão tanto quantos forem necessários às atividades curriculares realizadas.

. Os alunos e professores deverão estar de jaleco com identificação da Instituição Formadora, sapato fechado, constando o nome do Colégio, nome do aluno ou professor.

4.2.9 – Respeitar as questões de cunho privativo do conveniado, Códigos de Ética, Carta de Direitos do paciente e leis regulamenta o Conselho categoria da profissional.

4.2.10 – Efetuar Seguro contra Acidentes pessoais, para os alunos que estiverem atuando nos campos de estágio.

4.2.11 – Fornecer a instituição, como contrapartida, os seguintes itens com a descrição fornecida abaixo:

* 650 Compressas Cirúrgicas;

* Sendo duas bolsas com 50% de desconto, ou 4 bolsas com 25% de desconto ou 5 bolsas com 20% de desconto.

CLAÚSULA QUINTA – Das disposições finais:

5.1 – Os alunos só poderão iniciar seu estágio depois de firmarem Termo de Compromisso e Aceitação de Estágio, que disporá sobre seus direitos e deveres.

5.2 – Será desligado do estágio o aluno que não observar a conduta disciplinar exigida no Termo de Compromisso e Aceitação do estágio por ele assinado, as normas/rotinas e regulamentos das unidades receptoras.

5.3 – O conveniado não terá, para quaisquer efeitos, vínculo empregatício quer com os alunos, quer com os Professores orientadores.

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em sexta-feira, 1 de setembro de 2023 10:34:56 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

5.4 – Os estágios referente ao curso de aprimoramento profissional em Técnico em Enfermagem , terá a duração de 6 (seis) meses, devendo obedecer ao período letivo dos alunos.

5.5 – A denúncia do presente convênio poderá ser feita por ambas as partes em qualquer tempo, mediante comunicação prévia, por escrito, no prazo de 30 (trinta) dias.

CLAÚSULA SEXTA – Da rescisão:

6.1 – O presente termo poderá ser rescindido pelo descumprimento das condições pactuadas, pela superveniência de norma legal ou fato administrativo que torne formal ou materialmente inexequível ou por iniciativa de quaisquer das partes, mediante prévio aviso, por escrito, com antecedência mínima de 01 (um) dia semestre letivo.

CLAÚSULA SÉTIMA – Do foro:

7.1 – As partes elegem o Foro da Comarca de Juiz de Fora para dirimir questões oriundas deste convênio, para dirimir toda e qualquer dúvida suscitada em razão do presente Termo, excluindo qualquer outro por mais privilegiando que seja.

E por estarem justos e acordados, firmam o presente instrumento, que depois de lido e achado conforme, vai por todos assinados na presença de 02 (duas) testemunhas, em 2 (duas) vias.

Juiz de Fora (MG, 15 de julho de 2019.

Tânia Maria Fonseca Hermes Zuquim Alves

Representante Legal

Representante Legal do Conveniado

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em sexta-feira, 1 de setembro de 2023 10:34:56 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

INSTITUTO REGINA MATER DE EDUCAÇÃO

Autorização de Funcionamento: Parecer CEE nº644/2016 de 08/10/16 e Portaria SEE nº 1309/2016 de 22/10/16.

Rua Olegário Maciel, 2175 – Paineiras – CEP: 36.016-011 – Juiz de Fora/MG

RECIBO

AO:
HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS
JUIZ DE FORA/MG

Recebi do Instituto Regina Mater de Educação Profissional Ltda (Colégio Cecon) o material abaixo discriminado à título de contra partida aos alunos estagiários do curso de Enfermagem, conforme contrato.

- 650 Compressas (Campo Operatório)

Juiz de Fora/MG , 17 de agosto de 2019.

Carimbo e Assinatura

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em sexta-feira, 1 de setembro de 2023 10:34:56 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N: 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

ADITIVO 1

HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS – OSS, inscrito no CNPJ sob o n. 21.583.042/0001-72, doravante denominado **HMTJ**, e **IRMEP - INSTITUTO REGINA MATER DE EDUCACAO PROFISSIONAL LTDA**, inscrita no CNPJ sob o nº. **13.025.124/0001-73**, doravante denominada **CONTRATADA**, resolvem aditar, como adiante, as cláusulas do contrato que firmaram em 17 de Agosto de 2019:

CLÁUSULA PRIMEIRA.

A cláusula n. 4.2.11, do contrato ora aditado, passa a vigorar com a seguinte redação:

4.2.11 Fornecer a instituição, como contrapartida, os seguintes itens com a descrição fornecida abaixo, sendo estes entregues em dois tempos, trimestralmente, com a primeira remessa entregue no primeiro mês de atuação dos novos estagiários:

- 20 caixas de luvas de procedimentos (cada caixa com 100 unid);
- 20 caixas de máscara cirúrgica descartável (cada caixa com 50);
- 80 pacotes de capotes de manga longa descartável (cada pacote com 10 unid)
- 20 pacotes com gorro cirúrgico descartável de TNT (Cada pacote com 100 unid)

CLÁUSULA SEGUNDA.

Permanecem inalteradas e válidas todas as demais cláusulas e condições do contrato original que não foram alteradas pelo presente instrumento.

E, por estarem justas e contratadas as partes firmam o presente contrato, em 02 (duas) vias originais de igual teor, para os mesmos efeitos, na presença das 02 (duas) testemunhas abaixo assinadas.

Juiz de Fora, 23 de Agosto de 2021.

HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS

IRMEP - INSTITUTO REGINA MATER DE EDUCACAO PROFISSIONAL LTDA

Nome: _____

CPF: _____

Nome: _____

CPF: _____

Este documento foi assinado digitalmente por Marco Antonio Guimaraes De Almeida. Este documento foi assinado eletronicamente por Victor Vitoi Cangussu, Tania Maria Fonseca Hermes Zuquim Alves e Cleyson Luiz Oliveira da Silva (testemunha) .
Para verificar as assinaturas vá ao site https://vertsign.portaldeassinaturas.com.br e utilize o código 60E3-3BEA-B9CE-EA47.

Este documento foi assinado digitalmente por Marco Antonio Guimaraes De Almeida. Este documento foi assinado eletronicamente por Victor Vitoi Cangussu, Tania Maria Fonseca Hermes Zuquim Alves e Cleyson Luiz Oliveira da Silva (testemunha) .
Para verificar as assinaturas vá ao site https://verificador.portaldeassinaturas.com.br e utilize o código 1E3A-1E3A-1E3A-1E3A.

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALLI, em sexta-feira, 1 de setembro de 2023 10:34:56 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

PROTOCOLO DE ASSINATURA(S)

O documento acima foi proposto para assinatura digital na plataforma Portal Vertsign. Para verificar as assinaturas clique no link: https://vertsign.portaldeassinaturas.com.br/Verificar/60E3-3BEA-B9CE-EA47 ou vá até o site https://vertsign.portaldeassinaturas.com.br e utilize o código abaixo para verificar se este documento é válido.

Código para verificação: 60E3-3BEA-B9CE-EA47

Hash do Documento

A45D5C0AE033ECF96A3C2DBED4D47756F71E071420717F4649D46D6916B008B7

O(s) nome(s) indicado(s) para assinatura, bem como seu(s) status em 29/09/2021 é(são) :

☑ VICTOR VITOI CANGUSSU (DIRETOR TÉCNICO ADMINISTRATIVO) - 071.***.***-50 em 29/09/2021 12:32 UTC-03:00
Tipo: Assinatura Eletrônica
Identificaçao: Autenticação de conta

Evidências

Client Timestamp Wed Sep 29 2021 12:32:43 GMT-0300 (-03)
Geolocation Location not shared by user.
IP 177.25.212.113
Assinatura:



Hash Evidências:
64303F75CCF2C8C626E13F3894C6AFFFF7DC6F78828EEFFF03E6B20FBD8203EE

☑ Tania Maria Fonseca Hermes Zuquim Alves - 004.***.***-19 em 28/09/2021 10:22 UTC-03:00
Tipo: Assinatura Eletrônica
Identificaçao: Por email: taniacecon@gmail.com

Evidências

Client Timestamp Tue Sep 28 2021 10:22:12 GMT-0300 (-03)
Geolocation Latitude: -21.777655588123242 Longitude: -43.34033245082873 Accuracy: 65

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em sexta-feira, 1 de setembro de 2023 10:34:56 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

IP 179.135.8.250
Assinatura:



Hash Evidências:
1BE4A9D77A0AAC0DF596815C26EECE3DB65F102DB0CF4BC2B9B9C4288C989F97

☑ Cleyson Luiz Oliveira da Silva (testemunha) - 108.***.***-98 em 28/09/2021 08:53 UTC-03:00
Tipo: Assinatura Eletrônica
Identificaçao: Por email: cleysonsilva@hmtj.org.br

Evidências

Client Timestamp Tue Sep 28 2021 08:53:48 GMT-0300 (GMT-03:00)
Geolocation Latitude: -21.7773089 Longitude: -43.3596437 Accuracy: 15.476
IP 201.55.120.193
Assinatura:



Hash Evidências:
77850D3D29B7AF3A2A7A2B68F4B0D20F05319169C87A80831798479CAD946751

☑ MARCO ANTONIO G. DE ALMEIDA (DIRETOR PRESIDENTE)) - 485.***.***-34 em 27/09/2021 17:17 UTC-03:00
Nome no certificado: Marco Antonio Guimaraes De Almeida
Tipo: Certificado Digital

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em sexta-feira, 1 de setembro de 2023 10:34:56 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

CONTRATO DE CONVÊNIO DE ESTÁGIO

O Instituto Regina Mater de Educação Profissional Ltda (IRMEP), através do **Curso Aprimoramento Profissional em Instrumentação Cirúrgica** , localizada na Rua Olegário Maciel, 2175 3º andar, Bairro Paineiras, na cidade de Juiz de Fora, Minas Gerais, inscrito no CNPJ sob o número 13.025.124/0001-73, doravante denominada , atualmente, como IRME II- instituto Regina Mater de Educação anteriormente denominado **Colégio CECON Juiz de Fora**, neste ato representado por seu representante legal Tânia Maria Fonseca Hermes Zuquim Alves, CPF:004.551.026-19, vem junto a empresa **Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus – HMTJ**, situada à Rua Dirceu de Andrade, nº 33, complemento_____, Bairro São Mateus CEP 36025-330 , inscrito no CNPJ sob o número 21.583.042/0001-72 , neste ato representado pelo Sr.(a) _____, CPF _____, firmar contrato de convênio para realização do estágio curricular obrigatório dos alunos do curso de **Instrumentação Cirúrgica** que regerá de conformidades com as seguintes cláusulas e condições:

CLAÚSULA PRIMEIRA- Dos objetivos:

1.1 – A concessão, pelo conveniado, de estágio obrigatório **(não remunerado)**, aos alunos regulamente matriculados no curso de Aprimoramento Profissional em **Instrumentação Cirúrgica** , mantida pelo IRMEP-**Instituto Regina Mater de Educação Profissional Ltda.**

1.2 O estágio visa ao aprendizado de competências próprias da atividade profissional e à contextualização curricular, objetivando o desenvolvimento do educando para a vida cidadã e para o trabalho.

1.3 Os estágios destinar-se-ão aos alunos regularmente matriculados no IRME II_ INSTITUTO REGINA MATER DE EDUCAÇÃO e que satisfaçam as condições exigidas pelo conveniado.

CLAÚSULA SEGUNDA – Do prazo do estágio:

2.1 – O estágio referente ao curso **de Aprimoramento Profissional em Instrumentação Cirúrgica** , terá duração máxima de 17 (dezessete) dias, (conforme planilha que será enviada), podendo ser interrompidos a pedido do interessado ou por conveniências da administração do conveniado. O desligamento deverá ser comunicado com 30 (trinta) dias de antecedência.

2.2 – A regra do artigo não se aplica aos alunos com deficiência.

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em sexta-feira, 1 de setembro de 2023 10:34:56 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

2.3 – Os estagiários de que se trato o presente convênio não criam vínculo empregatício de qualquer natureza.

CLAÚSULA TERCEIRA – Das obrigações da convenente:

3.1 – A convenente se obriga a abrir inscrições entre seus alunos para o preenchimento das vagas oferecidas indicando os candidatos inscritos.

3.2 – A convenente indicará professor-orientador da área a ser desenvolvida no estágio, como responsável pelo acompanhamento e avaliação das atividades do aluno estagiário.

CLAÚSULA QUARTA – Das competências:

4.1 – **Competem ao conveniado**:

4.1.1 – Oferecer campo de estágio obrigatório, nos seus serviços, autorizados previamente, para os alunos, considerando a capacidade física e humana nas unidades receptoras para a realização destas atividades.

4.1.2 – Garantir aos preceptores e alunos da instituição formadora o uso das unidades de serviços de saúde em concordância com a programação assistencial do conveniado nos horários acordados com o convenente.

4.1.3 – O conveniado fixará o número de vagas para os alunos que poderá variar segundo a capacidade/necessidade/interesse, do que dará prévio conhecimento à convenente.

4.1.4 – Avaliar juntos aos representantes do curso e da unidade de serviço de saúde, ao término de cada período, as atividades curriculares realizadas.

4.1.5 – Facilitar aos docentes designados pela convenente acesso aos locais ofertados para as atividades curriculares, para conhecimento e entrosamento com os serviços e equipes.

4.1.6 – Informar a convenente, com antecedência mínima de 01 (um) semestre letivo, qualquer alteração do programa aprovado.

4.1.7 – Assinar, através do responsável da unidade de saúde do conveniado receptora dos estagiários, o Termo de Compromisso de estágio, conforme modelo anexo.

4.2 – **Competem à Convenente**:

4.2.1 – Apresentar ao setor responsável, para o conhecimento e acompanhamento: Cópia Termo de Convênio/Aditivo vigente/Plano de Atividades do estagiário, relação Nominal com número de matrícula dos alunos, Nome e contato dos Coordenadores/Professores responsáveis pelo estágio.

4.2.2 – Apresentar comprovação/cartão de vacina de todos estagiários e preceptores com imunização de BCG, Dupla Adulto (recente), Rubéola, Sarampo e Hepatite B (três doses).

4.2.3 – Participar quando solicitado das reuniões semestrais nas unidades receptoras de estágio.

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em sexta-feira, 1 de setembro de 2023 10:34:56 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

4.2.4 – Os Coordenadores de Curso da Convenente serão informados das normas/rotinas e regulamentos do estágio elaborado nos serviços para divulgar aos preceptores de estágio e principalmente aos alunos.

4.2.5 – Encaminhar após aprovação do Plano de Atividades do estágio, preceptor para reconhecimento do local de estágio, conhecendo as condições de funcionamento, antes de seu início.

4.2.6 – Informar ao conveniado, com antecedência mínima de 01 (um) semestre letivo, qualquer alteração do programa aprovado.

4.2.7 – Assegurar a supervisão dos alunos que estiverem atuando nos campos ofertados.

4.2.8 – Assegurar que os alunos se apresentem nos respectivos locais de atividades curriculares, devidamente paramentados de acordo com as atividades curriculares exercidas .

4.2.9 – Respeitar as questões de cunho privativo do conveniado, Códigos de Ética, Carta de Direitos do paciente e leis regulamenta o Conselho categoria da profissional.

4.2.10 – Efetuar Seguro contra Acidentes pessoais, para os alunos que estiverem atuando nos campos de estágio.

4.2.11 – Fornecer a instituição, como contrapartida, os seguintes itens com a descrição fornecida abaixo:

* 100 Compressas Cirúrgicas..

CLAÚSULA QUINTA – Das disposições finais:

5.1 – Os alunos só poderão iniciar seu estágio depois de firmarem Termo de Compromisso e Aceitação de Estágio, que disporá sobre seus direitos e deveres.

5.2 – Será desligado do estágio o aluno que não observar a conduta disciplinar exigida no Termo de Compromisso e Aceitação do estágio por ele assinado, as normas/rotinas e regulamentos das unidades receptoras.

5.3 – O conveniado não terá, para quaisquer efeitos, vínculo empregatício quer com os alunos, quer com os Professores orientadores.

5.4 – Os estágios referente ao curso de aprimoramento profissional em Técnico em Enfermagem , terá a duração de 6 (seis) meses, devendo obedecer ao período letivo dos alunos.

5.5 – A denúncia do presente convênio poderá ser feita por ambas as partes em qualquer tempo, mediante comunicação prévia, por escrito, no prazo de 30 (trinta) dias.

CLAÚSULA SEXTA – Da rescisão:

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em sexta-feira, 1 de setembro de 2023 10:34:56 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

6.1 – O presente termo poderá ser rescindido pelo descumprimento das condições pactuadas, pela superveniência de norma legal ou fato administrativo que torne formal ou materialmente inexequível ou por iniciativa de quaisquer das partes, mediante prévio aviso, por escrito, com antecedência mínima de 01 (um) dia semestre letivo.

CLAÚSULA SÉTIMA – Do foro:

7.1 – As partes elegem o Foro da Comarca de Juiz de Fora para dirimir questões oriundas deste convênio, para dirimir toda e qualquer dúvida suscitada em razão do presente Termo, excluindo qualquer outro por mais privilegiando que seja.

E por estarem justos e acordados, firmam o presente instrumento, que depois de lido e achado conforme, vai por todos assinados na presença de 02 (duas) testemunhas, em 2 (duas) vias.

Juiz de Fora (MG, 15 de julho de 2019.

Tânia Maria Fonseca Hermes Zuquim Alves

Representante Legal

Representante Legal do Conveniado

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em sexta-feira, 1 de setembro de 2023 10:34:56 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

INSTITUTO REGINA MATER DE EDUCAÇÃO

Autorização de Funcionamento: Parecer CEE nº644/2016 de 08/10/16 e Portaria SEE nº 1309/2016 de 22/10/16.

Rua Olegário Maciel, 2175 – Paineiras – CEP: 36.016-011 – Juiz de Fora/MG

RECIBO

AO:
HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS
JUIZ DE FORA/MG

Recebi do Instituto Regina Mater de Educação Profissional Ltda (Colégio Cecon) o material abaixo discriminado à título de contra partida aos alunos estagiários do curso de Instrumentação Cirúrgica, conforme contrato.

- 100 Compressas (Campo Operatório)

Juiz de Fora/MG , 17 de agosto de 2019.

Carimbo e Assinatura

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em sexta-feira, 1 de setembro de 2023 10:34:56 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

CONTRATO DE CONVÊNIO DE ESTÁGIO

O Instituto Regina Mater de Educação Profissional Ltda (IRMEP), através do **Curso Aprimoramento Profissional em Instrumentação Cirúrgica** , localizada na Rua Olegário Maciel, 2175 3º andar, Bairro Paineiras, na cidade de Juiz de Fora, Minas Gerais, inscrito no CNPJ sob o número 13.025.124/0001-73, doravante denominada , atualmente, como IRME II- instituto Regina Mater de Educação anteriormente denominado **Colégio CECON Juiz de Fora**, neste ato representado por seu representante legal Tânia Maria Fonseca Hermes Zuquim Alves, CPF:004.551.026-19, vem junto a empresa **Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus – HMTJ**, situada à Rua Dirceu de Andrade, nº 33, complemento_____, Bairro São Mateus CEP 36025-330 , inscrito no CNPJ sob o número 21.583.042/0001-72 , neste ato representado pelo Sr.(a) _____, CPF _____, firmar contrato de convênio para realização do estágio curricular obrigatório dos alunos do curso de **Instrumentação Cirúrgica** que regerá de conformidades com as seguintes cláusulas e condições:

CLAÚSULA PRIMEIRA- Dos objetivos:

1.1 – A concessão, pelo conveniado, de estágio obrigatório **(não remunerado)**, aos alunos regulamente matriculados no curso de Aprimoramento Profissional em **Instrumentação Cirúrgica** , mantida pelo IRMEP-**Instituto Regina Mater de Educação Profissional Ltda.**

1.2 O estágio visa ao aprendizado de competências próprias da atividade profissional e à contextualização curricular, objetivando o desenvolvimento do educando para a vida cidadã e para o trabalho.

1.3 Os estágios destinar-se-ão aos alunos regularmente matriculados no IRME II_ INSTITUTO REGINA MATER DE EDUCAÇÃO e que satisfaçam as condições exigidas pelo conveniado.

CLAÚSULA SEGUNDA – Do prazo do estágio:

2.1 – O estágio referente ao curso **de Aprimoramento Profissional em Instrumentação Cirúrgica** , terá duração máxima de 17 (dezessete) dias, (conforme planilha que será enviada), podendo ser interrompidos a pedido do interessado ou por conveniências da administração do conveniado. O desligamento deverá ser comunicado com 30 (trinta) dias de antecedência.

2.2 – A regra do artigo não se aplica aos alunos com deficiência.

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em sexta-feira, 1 de setembro de 2023 10:34:56 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

2.3 – Os estagiários de que se trato o presente convênio não criam vínculo empregatício de qualquer natureza.

CLAÚSULA TERCEIRA – Das obrigações da convenente:

3.1 – A convenente se obriga a abrir inscrições entre seus alunos para o preenchimento das vagas oferecidas indicando os candidatos inscritos.

3.2 – A convenente indicará professor-orientador da área a ser desenvolvida no estágio, como responsável pelo acompanhamento e avaliação das atividades do aluno estagiário.

CLAÚSULA QUARTA – Das competências:

4.1 – **Competem ao conveniado**:

4.1.1 – Oferecer campo de estágio obrigatório, nos seus serviços, autorizados previamente, para os alunos, considerando a capacidade física e humana nas unidades receptoras para a realização destas atividades.

4.1.2 – Garantir aos preceptores e alunos da instituição formadora o uso das unidades de serviços de saúde em concordância com a programação assistencial do conveniado nos horários acordados com o convenente.

4.1.3 – O conveniado fixará o número de vagas para os alunos que poderá variar segundo a capacidade/necessidade/interesse, do que dará prévio conhecimento à convenente.

4.1.4 – Avaliar juntos aos representantes do curso e da unidade de serviço de saúde, ao término de cada período, as atividades curriculares realizadas.

4.1.5 – Facilitar aos docentes designados pela convenente acesso aos locais ofertados para as atividades curriculares, para conhecimento e entrosamento com os serviços e equipes.

4.1.6 – Informar a convenente, com antecedência mínima de 01 (um) semestre letivo, qualquer alteração do programa aprovado.

4.1.7 – Assinar, através do responsável da unidade de saúde do conveniado receptora dos estagiários, o Termo de Compromisso de estágio, conforme modelo anexo.

4.2 – **Competem à Convenente**:

4.2.1 – Apresentar ao setor responsável, para o conhecimento e acompanhamento: Cópia Termo de Convênio/Aditivo vigente/Plano de Atividades do estagiário, relação Nominal com número de matrícula dos alunos, Nome e contato dos Coordenadores/Professores responsáveis pelo estágio.

4.2.2 – Apresentar comprovação/cartão de vacina de todos estagiários e preceptores com imunização de BCG, Dupla Adulto (recente), Rubéola, Sarampo e Hepatite B (três doses).

4.2.3 – Participar quando solicitado das reuniões semestrais nas unidades receptoras de estágio.

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em sexta-feira, 1 de setembro de 2023 10:34:56 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

4.2.4 – Os Coordenadores de Curso da Convenente serão informados das normas/rotinas e regulamentos do estágio elaborado nos serviços para divulgar aos preceptores de estágio e principalmente aos alunos.

4.2.5 – Encaminhar após aprovação do Plano de Atividades do estágio, preceptor para reconhecimento do local de estágio, conhecendo as condições de funcionamento, antes de seu início.

4.2.6 – Informar ao conveniado, com antecedência mínima de 01 (um) semestre letivo, qualquer alteração do programa aprovado.

4.2.7 – Assegurar a supervisão dos alunos que estiverem atuando nos campos ofertados.

4.2.8 – Assegurar que os alunos se apresentem nos respectivos locais de atividades curriculares, devidamente paramentados de acordo com as atividades curriculares exercidas .

4.2.9 – Respeitar as questões de cunho privativo do conveniado, Códigos de Ética, Carta de Direitos do paciente e leis regulamenta o Conselho categoria da profissional.

4.2.10 – Efetuar Seguro contra Acidentes pessoais, para os alunos que estiverem atuando nos campos de estágio.

4.2.11 – Fornecer a instituição, como contrapartida, os seguintes itens com a descrição fornecida abaixo:

* 100 Compressas Cirúrgicas..

CLAÚSULA QUINTA – Das disposições finais:

5.1 – Os alunos só poderão iniciar seu estágio depois de firmarem Termo de Compromisso e Aceitação de Estágio, que disporá sobre seus direitos e deveres.

5.2 – Será desligado do estágio o aluno que não observar a conduta disciplinar exigida no Termo de Compromisso e Aceitação do estágio por ele assinado, as normas/rotinas e regulamentos das unidades receptoras.

5.3 – O conveniado não terá, para quaisquer efeitos, vínculo empregatício quer com os alunos, quer com os Professores orientadores.

5.4 – Os estágios referente ao curso de aprimoramento profissional em Técnico em Enfermagem , terá a duração de 6 (seis) meses, devendo obedecer ao período letivo dos alunos.

5.5 – A denúncia do presente convênio poderá ser feita por ambas as partes em qualquer tempo, mediante comunicação prévia, por escrito, no prazo de 30 (trinta) dias.

CLAÚSULA SEXTA – Da rescisão:

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em sexta-feira, 1 de setembro de 2023 10:34:56 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

6.1 – O presente termo poderá ser rescindido pelo descumprimento das condições pactuadas, pela superveniência de norma legal ou fato administrativo que torne formal ou materialmente inexequível ou por iniciativa de quaisquer das partes, mediante prévio aviso, por escrito, com antecedência mínima de 01 (um) dia semestre letivo.

CLAÚSULA SÉTIMA – Do foro:

7.1 – As partes elegem o Foro da Comarca de Juiz de Fora para dirimir questões oriundas deste convênio, para dirimir toda e qualquer dúvida suscitada em razão do presente Termo, excluindo qualquer outro por mais privilegiando que seja.

E por estarem justos e acordados, firmam o presente instrumento, que depois de lido e achado conforme, vai por todos assinados na presença de 02 (duas) testemunhas, em 2 (duas) vias.

Juiz de Fora (MG, 15 de julho de 2019.

Tânia Maria Fonseca Hermes Zuquim Alves

Representante Legal

Representante Legal do Conveniado

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em sexta-feira, 1 de setembro de 2023 10:34:56 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

INSTITUTO REGINA MATER DE EDUCAÇÃO

Autorização de Funcionamento: Parecer CEE nº644/2016 de 08/10/16 e Portaria SEE nº 1309/2016 de 22/10/16.

Rua Olegário Maciel, 2175 – Paineiras – CEP: 36.016-011 – Juiz de Fora/MG

RECIBO

AO:
HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS
JUIZ DE FORA/MG

Recebi do Instituto Regina Mater de Educação Profissional Ltda (Colégio Cecon) o material abaixo discriminado à título de contra partida aos alunos estagiários do curso de Instrumentação Cirúrgica, conforme contrato.

- 100 Compressas (Campo Operatório)

Juiz de Fora/MG , 17 de agosto de 2019.

Carimbo e Assinatura

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em sexta-feira, 1 de setembro de 2023 10:34:56 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE
HOSPITAL MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS

ADITIVO 1

HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS – OSS, inscrito no CNPJ sob o n. 21.583.042/0001-72, doravante denominado **HMTJ**, e **IRMEP - INSTITUTO REGINA MATER DE EDUCACAO PROFISSIONAL LTDA**, inscrita no CNPJ sob o nº. **13.025.124/0001-73**, doravante denominada **CONTRATADA**, resolvem aditar, como adiante, as cláusulas do contrato que firmaram em 17 de Agosto de 2019:

CLÁUSULA PRIMEIRA.

A cláusulas número 4.2.11, do contrato ora aditado, passam a vigorar com a seguinte redação:

4.2.11 Fornecer a instituição, como contrapartida, os seguintes itens com a descrição fornecida abaixo, sendo estes entregues em dois tempos, trimestralmente, com a primeira remessa entregue no primeiro mês de atuação dos novos estagiários:

- 2 caixas de campo operatório 23x25 estéril (cada caixa com 140 pacotes);
- 250 luvas cirúrgicas estéreis de número 7,5 e/ou 8,0;
- 20 pacotes de gorro cirúrgico descartável (cada pacote com 100 unid);

CLÁUSULA SEGUNDA.

Permanecem inalteradas e válidas todas as demais cláusulas e condições do contrato original que não foram alteradas pelo presente instrumento.

E, por estarem justas e contratadas as partes firmam o presente contrato, em 02 (duas) vias originais de igual teor, para os mesmos efeitos, na presença das 02 (duas) testemunhas abaixo assinadas.

Juiz de Fora, 23 de Agosto de 2021.

HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS

IRMEP - INSTITUTO REGINA MATER DE EDUCACAO PROFISSIONAL LTDA

Testemunhas:

Nome:_____

Nome:_____

CPF: _____

CPF: _____

Este documento foi assinado digitalmente por Marco Antonio Guimaraes De Almeida. Este documento foi assinado eletronicamente por Victo·r Vitoi Cangussu, Cleyson Luiz Oliveira da Silva (testemunha) e Tania Maria Fonseca Hermes Zuquim Alves.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://vertsign.portaldeassinaturas.com.br e utilize o código C6F9-D26E-BE69-4B78.

Este documento foi assinado digitalmente por Marco Antonio Guimaraes De Almeida. Este documento foi assinado eletronicamente por Victor Vitoi Cangussu, Cleyson Luiz Oliveira da Silva (testemunha) e Tania Maria Fonseca Hermes Zuquim Alves.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://verifica.serpro.gov.br e utilize o código 2023-0901-1034-5656-7A7E, em sexta-feira, 1 de setembro de 2023 10:34:56 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.
O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por ADE MARIA GUARNIERI GALLE, em 01/09/2023 às 10:34:56 (GMT-03:00).

PROTOCOLO DE ASSINATURA(S)

O documento acima foi proposto para assinatura digital na plataforma Portal Vertsign. Para verificar as assinaturas clique no link: https://vertsign.portaldeassinaturas.com.br/Verificar/C6F9-D26E-BE69-4B78 ou vá até o site https://vertsign.portaldeassinaturas.com.br e utilize o código abaixo para verificar se este documento é válido.

Código para verificação: C6F9-D26E-BE69-4B78

Hash do Documento

CD4AF94AD67987019E4E21B439915CFDE1A1375F7788B36EC5946A1CE2945D54

O(s) nome(s) indicado(s) para assinatura, bem como seu(s) status em 29/09/2021 é(são) :

☑ VICTOR VITOI CANGUSSU (DIRETOR TÉCNICO ADMINISTRATIVO) - 071.***.***-50 em 29/09/2021 12:32 UTC-03:00
Tipo: Assinatura Eletrônica
Identificaçao: Autenticação de conta

Evidências

Client Timestamp Wed Sep 29 2021 12:32:36 GMT-0300 (-03)
Geolocation Location not shared by user.
IP 177.25.212.113
Assinatura:



Hash Evidências:
353B02825836524219B97530DDE399188631281230E29570710336B157FA9C0A

☑ Cleyson Luiz Oliveira da Silva (testemunha) - 108.***.***-98 em 28/09/2021 08:52 UTC-03:00
Tipo: Assinatura Eletrônica
Identificaçao: Por email: cleysonsilva@hmtj.org.br

Evidências

Client Timestamp Tue Sep 28 2021 08:52:55 GMT-0300 (GMT-03:00)
Geolocation Latitude: -21.7773089 Longitude: -43.3596437 Accuracy: 15.476

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em sexta-feira, 1 de setembro de 2023 10:34:56 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

IP 201.55.120.193

Assinatura:



Hash Evidências:

70CDFB3A12650B1615DE8B3F197513BC1A9C6EA77801DE7F5ED30CCFC7C72D56

☑ Tania Maria Fonseca Hermes Zuquim Alves - 004.***.***-19 em 27/09/2021 18:49 UTC-03:00

Tipo: Assinatura Eletrônica

Identificaçao: Por email: taniacecon@gmail.com

Evidências

Client Timestamp Mon Sep 27 2021 18:49:06 GMT-0300 (-03)

Geolocation Latitude: -21.777728037914667 Longitude: -43.34012343982008 Accuracy: 65

IP 179.85.86.78

Assinatura:



Hash Evidências:

DF7B4DCDB225EA78D4E83D4DFC67BEBBF04A9E12F5B81415DE526F5B28F02299

☑ MARCO ANTONIO G. DE ALMEIDA (DIRETOR PRESIDENTE)) - 485.***.***-34 em 27/09/2021 17:18 UTC-03:00

Nome no certificado: Marco Antonio Guimaraes De Almeida

Tipo: Certificado Digital

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em sexta-feira, 1 de setembro de 2023 10:34:56 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

CONVÊNIO Nº _____/16

CONVÊNIO QUE ENTRE SI CELEBRAM, NESTA DATA, AS PARTES A SEGUIR QUALIFICADAS, ESTIPULANDO AS CLÁUSULAS QUE SEGUEM PARA O DESENVOLVIMENTO DO PROGRAMA DE APRENDIZAGEM.

Pelo presente Convênio a Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus situada à Rua Dirceu de Andrade, número 33, bairro São Mateus, cidade Juiz de Fora, Minas Gerais, CEP 36.025-330, inscrita no CNPJ/MF sob o nº 21 583 042/0001 72, neste ato legalmente representada por Doutor Jorge Montessi , doravante denominada **UNIDADE CONCEDENTE DE APRENDIZAGEM** e a **REDE CIDADÃ,** organização não governamental, de âmbito nacional, sem fins lucrativos, situada na Rua Alvarenga Peixoto, 295 – 5º andar, Lourdes/BH-MG, CEP 30180-120, inscrita no CNPJ/MF sob o nº 05.461.315/0001-50, neste ato legalmente representada por sua Presidente, Sra. Ângela de Alvarenga Batista Barros, e por seu Diretor Administrativo Financeiro, Sr. Léu Soares de Oliveira, doravante denominada **ENTIDADE FORMADORA**, firmam o presente Convênio, mediante as seguintes Cláusulas:

CLÁUSULA PRIMEIRA – DOS FUNDAMENTOS

1.1- A realização do presente Convênio e sua operacionalização têm por base os preceitos contidos no Estatuto da Criança e do Adolescente, *Lei nº 8.069, de 13/07/90*; nos artigos 428 e seguintes da Consolidação das Leis do Trabalho – CLT; na Lei 10.097, *de 19/12/2000*; no Decreto nº 5.598, de 01/12/2005, e nas demais disposições legais e regulamentares que regem o trabalho do jovem, de modo geral e no que lhe forem aplicáveis.

1.2- Constituem parte integrante deste Convênio os Contratos de Aprendizagem.

1.3- O presente convênio é extensivo aos demais CNPJ do grupo, mediante envio do formulário de **Solicitação de Aprendiz.**

CLÁUSULA SEGUNDA – DOS OBJETIVOS

2.1 - Promover a formação técnico-profissional metódica de jovens com idade entre 15 e 24 anos, inscritos em programa de aprendizagem.

2.2 - Priorizar o atendimento aos jovens mais necessitados, objetivando incluí-los na sociedade, combatendo assim as causas da delinquência juvenil.

2.3 - Concorrer mutuamente pelo fortalecimento das políticas públicas de apoio aos jovens em situação de risco social.

2.4 – Contribuir para a implantação do Estatuto da Criança e do Adolescente e da Lei da Aprendizagem.

2.5 – Profissionalizar o jovem e inseri-lo no mercado de trabalho.

01.02.002.005.0007

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em sexta-feira, 1 de setembro de 2023 10:34:56 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

CLÁUSULA TERCEIRA – DA METODOLOGIA DO PROGRAMA

3.1 - O ciclo para o atendimento do jovem no **PROGRAMA DE APRENDIZAGEM** consiste em inscrição, cadastramento, registro em Carteira de Trabalho e Previdência Social, matrícula em Curso de Aprendizagem Empresarial, encaminhamento para a **UNIDADE CONCEDENTE DE APRENDIZAGEM**, acompanhamento psicossocial, acompanhamento de conduta, desenvolvimento pessoal e social e apoio à colocação no mercado de trabalho.

3.2 - A **ENTIDADE FORMADORA** deverá manter permanente programa de reciclagem e reinserção de jovens que não se adaptarem e/ou apresentarem dificuldades na jornada de trabalho na **UNIDADE CONCEDENTE DE APRENDIZAGEM.**

3.3 - Serão realizadas 20 horas dedicadas exclusivamente à formação teórica de forma sequencial em 05 encontros - 05 dias por semana e 04 horas diárias por encontro: módulo denominado, Ambientação. No decorrer de 16 meses, serão distribuídas 248 horas em 62 encontros semanais de 04 horas e, para cumprimento das 132 horas restantes, serão concentrados 33 encontros sequenciais de formação teórica dedicada exclusivamente à Capacitação Final, podendo ser antecipado, caso necessário. Às 880 horas práticas serão distribuídas em 16 horas de práticas semanais ao longo de 16 meses.

CLÁUSULA QUARTA – DOS CUSTOS

4.1 - Para efeito deste Convênio compõem os custos as despesas diretas e as despesas de investimentos indiretos exigidos pelo PROGRAMA.

4.2 - Como despesas diretas serão consideradas os salários e os encargos sociais. Como despesas indiretas serão consideradas a gestão educacional e profissionalizante, a gestão trabalhista, a gestão dos benefícios geridos pela **ENTIDADE FORMADORA** e as provisões respectivas. Os salários e os encargos sociais da aprendizagem serão corrigidos de acordo com a variação do salário mínimo nacional, ou regional, quando for o caso. Correções diferenciadas a maior só serão aplicadas quando solicitadas pela **UNIDADE CONCEDENTE DE APRENDIZAGEM.**

4.3 - As despesas diretas e indiretas, conforme PLANILHA DE CUSTOS que constitui parte integrante deste Convênio será atualizada anualmente, a partir da data de assinatura do Convênio, tendo por base o INPC-IBGE.

4.4 - As importâncias a serem pagas mensalmente deverão ser depositadas em favor da **ENTIDADE FORMADORA**, que emitirá boleto bancário com os dados da matriz até o dia 10 (dez) de cada mês trabalhado com vencimento para o dia 25 (vinte e cinco) do mês da prestação dos serviços, além do competente recibo de pagamento.

a) As importâncias referentes à Gestão Educacional e Profissionalizante do programa serão cobradas mensalmente em parcelas correspondentes à duração do Contrato de Aprendizagem dos jovens e a partir de sua assinatura, respeitada as condições da PLANILHA DE CUSTOS.

b) Na hipótese do aprendiz gozar férias durante a aprendizagem, não haverá pagamento da parcela referente a salários e encargos trabalhistas durante este período, uma vez que os referidos valores foram provisionados mensalmente.

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em sexta-feira, 1 de setembro de 2023 10:34:56 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

c) Não havendo gozo de férias durante o período de vigência do contrato de aprendizagem, o valor provisionado será pago ao jovem na ocasião do encerramento do contrato, como acerto de férias vencidas.

d) Da mesma forma, não haverá cobrança da empresa dos valores relativos ao 13º salário por ocasião de seu pagamento, uma vez que também estes valores foram provisionados mensalmente.

4.5 - Como despesas indiretas serão consideradas investimentos, o imobilizado, a adequação da estrutura física, administrativa, técnica, operacional e outras atividades necessárias à execução cotidiana, à expansão e continuada melhoria do PROGRAMA.

4.6 - A parcela mensal referente ao aprendiz que se desligar antecipadamente será calculada até a data da comunicação formal, conforme cláusula 6.1.6.

4.7 - No primeiro mês de vigência do Convênio será cobrada uma parcela única por aprendiz, destinada à aquisição dos materiais e uniforme usados no curso de aprendizagem teórica.

4.8 – A FICHA DE CADASTRO, parte integrante deste convênio, deverá ser preenchido pela **UNIDADE CONCEDENTE DE APRENDIZAGEM** com as informações necessárias ao envio do boleto e recibo citados na Cláusula 4.4. Estas informações deverão ser atualizadas sempre que ocorrer qualquer alteração nos dados fornecidos.

4.9 - O fornecimento de dados incorretos ou desatualizados não desobriga o pagamento na data acordada podendo, inclusive, acarretar as penalidades da Cláusula Nona.

4.10 - O vale-transporte, em virtude do disposto na Lei n.º 7.619/87, regulamentada pelo Decreto nº 95.247/87, deverá ser concedido pela **UNIDADE CONCEDENTE DE APRENIDZAGEM** após o registro em Carteira de Trabalho e Previdência Social - CTPS do Aprendiz, inclusive para os dias da formação teórica ministrada pela Rede Cidadã.

CLÁUSULA QUINTA – DAS ALTERAÇÕES E CAUSAS IMPREVISTAS

5.1 - O valor de que trata a PLANILHA DE CUSTOS será revisto e automaticamente repassado para a **UNIDADE CONCEDENTE DE APRENDIZAGEM**, sempre que houver incidências de abonos estabelecidos pela legislação sobre o valor do salário.

5.2 - De acordo com a nova sistemática criada a partir da publicação da Súmula 244 do TST (Tribunal Superior do Trabalho), a aprendiz grávida terá direito à estabilidade durante o período de gestação e o período de licença maternidade, aplicando-se todos os direitos inerentes a tal situação.

5.3 - Nas ocorrências de situações não previstas neste Convênio, deverá ser obedecido o que preceituam a Consolidação das Leis Trabalhistas e o Estatuto da Criança e do Adolescente.

CLÁUSULA SEXTA – DAS RESPONSABILIDADES

6.1 - Caberá à UNIDADE CONCEDENTE DE APRENDIZAGEM:

6.1.1 – Receber a cota solicitada de adolescente(s) aprendiz(es) para cumprir o processo de aprendizagem pelo período de 16 (dezesseis) meses, conforme Contrato de Aprendizagem. A

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em sexta-feira, 1 de setembro de 2023 10:34:56 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

quantidade poderá ser modificada de acordo com decisão e solicitação por escrito da **UNIDADE CONCEDENTE DE APRENDIZAGEM.**

6.1.2 – Proporcionar ao aprendiz formação técnico-profissional metódica, atividades práticas em articulação e complementariedade com as atividades teóricas ministradas pela **ENTIDADE FORMADORA** em conformidade com o PROGRAMA DE APRENDIZAGEM, condizente com as possibilidades físicas e intelectuais de um ser em desenvolvimento, sempre em locais adequados da Empresa e com observância das normas e regulamentos de proteção ao trabalho do menor, em especial os artigos pertinentes à matéria, contidos no Estatuto da Criança e do Adolescente, os artigos da CLT, e a legislação complementar trabalhista e previdenciária, bem como a Instrução Normativa nº 97 de 30 de julho de 2012, da Secretaria de Inspeção do Trabalho e a Portaria nº 723, de 23 de abril de 2012, do Ministério do Trabalho, visando ao Aprendiz o exercício qualificado de profissões existentes em sua organização.

6.1.3 - Informar aos educadores do PROGRAMA DE APRENDIZAGEM a respeito do comportamento, atitudes, educação e progresso do aprendiz, quando solicitado e sempre que julgar necessário, bem como assegurar aos profissionais da **ENTIDADE FORMADORA** o acesso aos locais de trabalho dos aprendizes, de modo a lhes facilitar o desempenho de suas funções de acompanhamento e avaliação.

6.1.4 - Estabelecer jornada diária e semanal de acordo com o que é estabelecido na CLT, na Lei da Aprendizagem n° 10.097/2000 e na Portaria nº 723, de 23 de abril de 2012.

6.1.5 - Controlar a anotação diária do horário de trabalho cumprido pelo aprendiz, exigindo a sua assinatura em folha de ponto e remessa mensal à **ENTIDADE FORMADORA** até o 1º (primeiro) dia útil do mês subsequente.

6.1.6 - Comunicar formalmente, por escrito e imediatamente, à **ENTIDADE FORMADORA**, casos de afastamento por licença maternidade ou serviço militar, assim como os desligamentos antecipados. A não comunicação implicará na cobrança pelos serviços de aprendizagem até a data da formalização.

6.1.7 - Comunicar por escrito, imediatamente, à **ENTIDADE FORMADORA**, no caso de falta capitulada como justa causa para a rescisão de Contrato de Trabalho do aprendiz, nos termos da Legislação Trabalhista, a fim de que sejam tomadas as providências cabíveis.

6.1.8 – Comunicar imediatamente à **ENTIDADE FORMADORA**, através de ofício, casos de desempenho insuficiente, falta disciplinar grave ou inadaptação dos aprendizes, para que sejam tomadas as medidas cabíveis para a sua advertência ou para o seu desligamento, observada a causa.

a) As rescisões antecipadas do contrato de aprendizagem somente ocorrerão nos termos do art. 10 da Instrução Normativa nº 97 de 30 de julho de 2012, do Ministério do trabalho que regula o trabalho do jovem aprendiz, a saber:

I – desempenho insuficiente ou inadaptação do aprendiz;
II – falta disciplinar grave nos termos do art. 482, da CLT;
III – ausência injustificada à escola regular que implique perda do ano letivo; e,
IV – a pedido do aprendiz.
V - fechamento da empresa em virtude de falência, encerramento das atividades da empresa e morte do empregador constituído em empresa individual, hipótese em que o aprendiz terá direito, além das verbas rescisórias devidas, à indenização prevista no art. 479 da CLT.

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em sexta-feira, 1 de setembro de 2023 10:34:56 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

b) Ocorrendo à hipótese do inciso I, o desligamento do jovem aprendiz somente ocorrerá mediante manifestação da **ENTIDADE FORMADORA**, a quem cabe a sua supervisão e avaliação, após consulta ao estabelecimento onde se realiza a aprendizagem.

c) A hipótese do inciso III somente se dará após a apresentação de declaração do estabelecimento de ensino regular.

6.1.9 – Nas hipóteses de rescisão antecipada do contrato de aprendizagem não se aplicará os artigos 479 e 480 da CLT, que tratam da indenização, por metade, da remuneração a que teria direito até o término do contrato, desde que seja observado para rescisão antecipada o que prevê a Cláusula 6.1.8, letra "a", itens I, II, III e IV.

6.1.10 – O encerramento deste Convênio de Parceria não é causa de rescisão contratual de aprendizes cujos contratos deverão ser cumpridos nos seus prazos, assim como as obrigações deles advindas.

6.1.11 - Em obediência ao Decreto nº 5.598 de 1º de Dezembro de 2005, em seu artigo 28, parágrafo único, nos casos de extinção ou rescisão do contrato de aprendizagem, o empregador deverá contratar novo aprendiz, sob a pena de infração ao disposto no art. 429 da CLT. Para tanto, a **UNIDADE CONCEDENTE DE APRENDIZAGEM** deverá encaminhar novo formulário de solicitação de aprendiz após a rescisão ou extinção do contrato de aprendizagem.

6.1.12 - Analisar, conferir e aprovar as faturas, bem como as prestações de contas enviadas pela **ENTIDADE FORMADORA.**

6.1.13 - Receber, acompanhar, orientar, esclarecer e estimular o Aprendiz durante o processo de aquisição de conhecimentos práticos.

6.1.14 – Participar das reuniões de acompanhamento do adolescente quando houver solicitação da **ENTIDADE FORMADORA**.

6.1.15 – Colaborar com o monitoramento e avaliação do PROGRAMA DE APRENDIZAGEM.

6.1.16 – Garantir que o processo de transmissão de conhecimentos se faça por etapas metodicamente organizadas, do mais simples para o mais complexo.

6.2 - Caberá à ENTIDADE FORMADORA:

6.2.1 – Executar o Programa de Aprendizagem, ministrando os conteúdos teóricos, orientando e supervisionando a execução das atividades práticas no âmbito da **UNIDADE CONCEDENTE DE APRENDIZAGEM**.

6.2.2 - Supervisionar as atividades dos aprendizes nos locais de trabalho, diretamente ou através do orientador do PROGRAMA na Empresa.

6.2.3 - Manter Programas de Aprendizagem definindo os objetivos do curso, seus conteúdos e a carga horária prevista, conforme cronograma anexo.

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em sexta-feira, 1 de setembro de 2023 10:34:56 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

6.2.4 - Assumir a responsabilidade legal e trabalhista do jovem perante a Lei 10.097/2000, CLT e o Estatuto da Criança e do Adolescente, obrigando-se a efetuar os pagamentos de salários, benefícios legais, tributos, encargos e outras despesas diretas, tão logo receba o repasse.

6.2.5 - Assegurar remuneração correspondente ao salário mínimo proporcional ao número de horas efetivamente trabalhadas, a serem pagas até o quinto dia útil do mês subsequente ao trabalhado.

6.2.6 - Contratar e encaminhar os aprendizes ao local de trabalho na **UNIDADE CONCEDENTE DE APRENDIZAGEM**, com a situação trabalhista e previdenciária inteiramente regular.

6.2.7 - Elaborar em conjunto com a **UNIDADE CONCEDENTE DE APRENDIZAGEM** a escala de férias dos aprendizes.

6.2.8 - Colaborar na apuração das causas de eventuais extravios, perdas ou furtos de documentos ou qualquer outro objeto entregue ao aprendiz, no exercício de sua função.

6.2.9 – Proceder ao registro junto ao Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente, como entidade sem fins lucrativos que dentre suas finalidades estatutárias contemple a assistência ao aprendiz e a educação profissional, na forma do parágrafo único, do art. 90, da Lei n.º 8.069, de 13 de julho de 1990.

6.2.10 - Estruturar os cursos teóricos, contemplando os requisitos da Portaria nº 723, de 23 de abril de 2012, do Ministério do Trabalho e Emprego.

6.2.11 – Prestar à **UNIDADE CONCEDENTE DE APRENDIZAGEM** a orientação, o apoio, a supervisão e a ajuda técnica, entre outros elementos, necessários à compensação das limitações funcionais motoras, sensoriais e mentais de aprendizes portadores de deficiência, de modo a viabilizar seu processo de inserção no trabalho.

6.2.12 – Selecionar e contratar Educadores Sociais para ministrar a formação teórica.

6.2.13 – Garantir a articulação e complementariedade entre a aprendizagem teórica e a prática.

6.2.14 - Avaliar o processo de aprendizagem.

6.2.15 – Fiscalizar a matrícula e a frequência escolar daqueles aprendizes que não tiverem concluído o ensino médio.

6.2.16 – Desenvolver os Programas de Aprendizagem em ambientes adequados, que ofereçam as condições de segurança e saúde, em conformidade com as regras do art. 405, da CLT, e das Normas Regulamentares aprovadas pela Portaria nº 723, de 23 de abril de 2012.

6.2.17 – Desenvolver os Programas de Aprendizagem em horários compatíveis com a agenda escolar de cada Aprendiz, de modo a não prejudicar sua frequência às aulas do sistema de ensino regular.

6.2.18 – Adequar a profissionalização às necessidades do mundo do trabalho e das perspectivas de inserção efetiva.

6.2.19 – Fornecer aos Aprendizes Certificado definindo as competências, os conteúdos e as habilidades adquiridos durante o processo de profissionalização.

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em sexta-feira, 1 de setembro de 2023 10:34:56 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

CLÁUSULA SÉTIMA – DA FOLHA DE PONTO

7.1- A **UNIDADE CONCEDENTE DE APRENDIZAGEM** é obrigada a enviar à **ENTIDADE FORMADORA** as folhas de ponto dos aprendizes contratados, até o dia 10 (dez) do mês seguinte.

7.2- O não envio das folhas de ponto, e concessão às horas extras é em total e exclusiva responsabilidade da **UNIDADE CONCEDENTE DE APRENDIZAGEM**, acarretando também no impedimento de eventuais descontos de faltas ocorridas do mês.

7.3- As folhas de ponto deverão ser encaminhadas ao departamento de pessoal da **ENTIDADE FORMADORA** no endereço constante no cabeçalho acima.

CLÁUSULA OITAVA – DA VIGÊNCIA

8.1 - Celebra-se o presente Convênio por prazo indeterminado, tendo início na data de sua assinatura e podendo ser encerrado por discordância de qualquer das partes, com notificação prévia por escrito de no mínimo 30 (trinta) dias, respeitados os prazos e as causas de rescisão dos contratos individuais dos aprendizes conforme as cláusulas 6.1.6 a 6.1.10.

CLÁUSULA NONA – DAS PENALIDADES

9.1 – Responsabiliza-se a **UNIDADE CONCEDENTE DE APRENDIZAGEM** por eventuais juros e multas incidentes sobre as despesas citadas na PLANILHA DE CUSTOS caso ocorra o repasse fora do prazo estipulado no item 4.4.

9.2 - Estipula-se para fins do item anterior juros de 1% (hum por cento) ao mês e 2% (dois por cento) de multa sobre o débito na hipótese de atraso de pagamento.

CLÁUSULA DÉCIMA - DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

10.1 - É vedado aos aprendizes do PROGRAMA executar serviços particulares, bem como manipularem valores e/ou executarem tarefas que não sejam exatamente aquelas do objeto direto de sua função na empresa e/ou órgão.

10.2 - Quando da prestação de contas, havendo divergências entre as partes, o montante a pagar ou a receber será creditado ou debitado no repasse do mês posterior.

10.3 - A prestação de contas obedecerá ao padrão estabelecido pelos órgãos fiscalizadores pertinentes a cada uma das Instituições envolvidas.

10.4 - O desligamento do Aprendiz dar-se-á quando terminar o seu contrato de aprendizagem ou quando completar 24 anos, ou ainda antecipadamente nas hipóteses do inciso 6.1.8, letra a, deste Convênio.

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em sexta-feira, 1 de setembro de 2023 10:34:56 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA - DO FORO

11.1 - As partes elegem o foro da cidade de Belo Horizonte – Minas Gerais, para dirimir toda e qualquer questão oriunda do presente instrumento com renúncia expressa a qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

E, por estarem assim justas e acordadas, assinam o presente Convênio em 02 (duas) vias de igual teor e forma, para os mesmos efeitos, na presença de duas testemunhas.

Juiz de Fora, 23 de Novembro de 2016

Glauco Braga
Coordenador de Projetos
Rede Cidadã

Ângela de Alvarenga Batista Barros
Rede Cidadã
Presidente

Doutor Jorge Montessi
Hospital e Maternidade TherezinhadeJesus
Diretor Financeiro

Glauco Braga
Coordenador de Projetos
Rede Cidadã

Léu Soares de Oliveira
Rede Cidadã
Diretor Administrativo Financeiro

Testemunhas:

Rede Cidadã

Nome: Juliana Fonseca Rima
RG: MG - 14.939.664

Empresa

Nome:
RG:

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em sexta-feira, 1 de setembro de 2023 10:34:56 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

PLANILHA DE CUSTOS

Contratação e Gestão Trabalhista feita pela Rede Cidadã

Custo mensal por jovem para jorndas de 04 horas.			
Item de Custo	**Referência - R$**		**Valor R$**
Remuneração Mensal	SM/hora	880,00	413,33
Periculosidade 30% *(apenas quando houver)*			0,00
Encargos e Provisões (13º e férias)	52,52%	413,33	217,08
Gestão Educacional e Profissionalizante			168,00
Subtotal			**798,41**
Provisão	3%	798,41	23,95
Gestão Trabalhista (adm. da folha pagamento)			50,00
Gestão Vale Transporte *(opcional)*			0,00
Gestão VA ou VR *(opcional)*			0,00
Gestão Plano de Saúde *(opcional)*			0,00
Custo Total Mensal por Aprendiz			**872,36**
Taxa única de matrícula		200,00	

Relação de Benefícios	POSSUI	
	SIM	NÃO
Vale Alimentação / Vale Refeição		x
Vale Transporte		x
Plano de Saúde		x

Observações:

a) O item Gestão Educacional e Profissionalizante refere-se às despesas com seleção e capacitação inicial dos aprendizes; contratação dos Educadores Sociais para ministrar a formação teórica na Rede Cidadã; orientação, acompanhamento e avaliação dos aprendizes na empresa; material de expediente e de uso em sala de aula; formatura; certificação e despesas bancárias;

b) O fornecimento de vale-transporte será de responsabilidade da empresa, inclusive para os dias de formação teórica na Rede Cidadã e não estão inclusas as despesas totais do transporte do jovem;

c) As provisões de 13º salário, férias e 1/3 de férias já estão incluídas nos valores acima;

d) No primeiro mês de vigência do contrato será cobrada uma parcela única por aprendiz referente aos uniformes e aos materiais usados no curso de aprendizagem teórica.

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em sexta-feira, 1 de setembro de 2023 10:34:56 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

FICHA DE CADASTRO

Razão Social[1]: Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus

Nome Fantasia[1]: Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus

(•) Matriz ( ) Filial CNPJ de Cobrança: ( ) Centralizada (•) Descentralizada

Data de Fundação: 01/12/1926 Ramo de Atividade Principal[1]: Hospital

Inscrição Estadual:

Cota de Aprendizes: 12 Responsável pela Parceria[2]: Doutor Jorge Montessi

Agência Bancária: 1641-1 Nome da Agência: Caixa Econômica Conta:

Home Page: www.hmtj.org.br

CEP: 36.025-330 Logradouro: Rua Dirceu de Andrade Nº: 33

Complemento: Bairro: São Mateus Cidade: Juiz de Fora UF:

Caixa Postal: Telefone: 32 4009 2267 Fax:

E-mail: fernanda.rh@hmtj.org.br

E-mail Educador Corporativo:

Contatos

Nome: Fernanda

Telefone: Ramal:

Celular: 32 99924 1498

Cargo: Coordenador de RH

E-mail: fernanda.rh@hmtj.org.br

Data de Nascimento: 22/02/1980

Nome: Marco Antônio

Telefone: 4009 2370 Ramal:

Celular: 32 99907 2994

Cargo: Gerente geral

E-mail: marcoantonio@hmtj.org.br

Data de Nascimento:

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em sexta-feira, 1 de setembro de 2023 10:34:56 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

Contatos Financeiros para Recebimento de Boletos e Faturas (preencher todos os contatos)

Nome: Cleonice | Departamento: Financeiro

Telefone: 4009 2311 | Ramal: | E-mail: financeiro@hmtj.org.br

Nome: Marco Antônio | Departamento: Gerente geral

Telefone: 4009 2370 | Ramal: | E-mail: marcoantonio@hmtj.org.br

Nome: | Departamento:

Telefone: | Ramal: | E-mail:

Declaro que as informações acima são verdadeiras e constituem parte integrante do Convênio de Parceria para o Programa de Aprendizagem Profissionalizante

_____, ____ de _____ de 20____
Cidade **Data**

_____
Assinatura do Parceiro

1 – Estes dados devem ser informados de acordo com o cartão do CNPJ, incluindo a pontuação e acentuação.
2 – Responsável na Gerência de Relacionamento e Parcerias da Rede Cidadã pelo fechamento da parceria.

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em sexta-feira, 1 de setembro de 2023 10:34:56 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

TERMO ADITIVO AO CONVÊNIO DE APRENDIZAGEM QUE ENTRE SI CELEBRAM, NESTA DATA, AS PARTES A SEGUIR QUALIFICADAS.

Pelo presente Termo Aditivo, a Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus situada à Rua Dirceu de Andrade, n° 33 , bairro São Mateus cidade de Juiz de Fora , Minas Gerais , inscrita no CNPJ/MF sob o nº 21.583.042/0001-72 , neste ato legalmente representada por Jorge Montessi doravante denominada **UNIDADE CONCEDENTE DE APRENDIZAGEM** e a **REDE CIDADÃ,** organização não governamental, de âmbito nacional, sem fins lucrativos, situada na Rua Alvarenga Peixoto, 295, 5º andar, Lourdes, Belo Horizonte – MG, CEP 30180-120, inscrita no CNPJ/MF sob o n° 05.461.315/0001-50, neste ato legalmente representada pela sua Presidente, Sra. Ângela de Alvarenga Batista Barros, e por seu Diretor Administrativo Financeiro, Sr. Léu Soares de Oliveira, doravante denominada **UNIDADE CERTIFICADORA,** acordam que:

1) As partes supra descritas, firmaram um Convênio de Aprendizagem, prevendo a contratação de aprendizes, por parte da **UNIDADE CONCEDENTE DE APRENDIZAGEM**.

2) Nesta data, as partes acordam em aditar o referido Convênio com a seguinte alteração:
O valor correto do salário do aprendiz é de R$ 440,19 (quatrocentos e quarenta reais e dezenove centavos).
3) As demais condições mantêm-se como no Convênio original.

E, por estarem assim justas e acordadas, assinam o presente aditivo em 02 (duas) vias de igual teor e forma, para os mesmos efeitos, na presença de duas testemunhas.

Juiz de Fora , 27 de abril de 2017 .

Glauco de Souza Braga
COORDENADOR - REDE CIDADÃ
Ângela de Alvarenga Batista Barros
Rede Cidadã
Presidente

Jorge Montessi
Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus
Presidente

Glauco de Souza Braga
COORDENADOR - REDE CIDADÃ
Léu Soares de Oliveira
Rede Cidadã
Diretor Administrativo Financeiro

Testemunha empresa:
Nome: Fábio Barcellos Machiaves
RG: 8.657.727

Juliana Fragoso Lima
Testemunha Rede Cidadã
Nome: Juliana Lima
RG: MG-14.939.664

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em sexta-feira, 1 de setembro de 2023 10:34:56 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

ADITIVO CONTRATUAL REALIZADO ENTRE AS PARTES A SEGUIR QUALIFICADAS, ESTIPULANDO NOVAS CLÁUSULAS PARA O DESENVOLVIMENTO DO PROGRAMA DE APRENDIZAGEM.

REDE CIDADÃ, organização não governamental, de âmbito nacional, sem fins lucrativos, com sede localizada na Rua Alvarenga Peixoto, 295, 5º andar, bairro Lourdes, CEP. 30.180-120 Belo Horizonte/MG, inscrita no CNPJ sob o nº 05.461.315/0001-50, neste ato legalmente representada pela sua Presidente Ângela Alvarenga Batista Barros, e por seu Diretor Administrativo Financeiro, Léu Soares de Oliveira, doravante denominada **ENTIDADE FORMADORA** e **Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus** , situada à **Rua Dirceu de Andrade, n° 33, São Mateus** , inscrita no CNPJ sob o nº **21.583.042/0001-72** , neste ato legalmente representada por seu representante legal, doravante denominada **UNIDADE CONCEDENTE DE APRENDIZAGEM e Izabella Cristiane Campos Chagas** , denominada doravante como **APRENDIZ**, firmam o presente aditivo contratual abaixo:

1) As partes supra descritas, firmaram um Contrato de Aprendizagem, cujo objetivo é o desenvolvimento do Programa de Aprendizagem, pelo qual a UNIDADE CONCEDENTE DE APRENDIZGEM realizou, através da UNIDADE CERTIFICADORA, a contratação do (a) APRENDIZ.

2) Nesta data, as partes acordam em aditar o referido Contrato com a seguinte alteração:

As partes, em comum acordo, resolvem modificar o horário da aprendizagem prática realizado pelo (a) APRENDIZ, passando a partir desta data, a ser das 12h00 às 16h00 .

3) As demais condições mantêm-se como no Contrato original.

E, por estarem assim justas e acordadas, assinam o presente aditivo em 03 (três) vias de igual teor e forma, para os mesmos efeitos.

Juiz de Fora , 31 de Agostode 2017 .

Diego Lima dos Santos
COORDENADOR
REDE CIDADÃ

Ângela de Alvarenga Batista Barros
Rede Cidadã
Presidente

Diego Lima dos Santos
COORDENADOR
REDE CIDADÃ

Léu Soares de Oliveira
Rede Cidadã
Diretor Administrativo Financeiro

Marco Antônio G. de Almeida
Gerente Geral
Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus

Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus

Aprendiz

Responsável Aprendiz

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em sexta-feira, 1 de setembro de 2023 10:34:56 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

TERMO ADITIVO AO CONVÊNIO DE APRENDIZAGEM QUE ENTRE SI CELEBRAM, NESTA DATA, AS PARTES A SEGUIR QUALIFICADAS.

Pelo presente Termo Aditivo, a Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus situada à Rua Dirceu de Andrade nº 33 , bairro São Mateus cidade de Juiz de Fora , Minas Gerais , inscrita no CNPJ/MF sob o nº 21.583.042/0001-72 , neste ato legalmente representada por Jorge Montessi doravante denominada **UNIDADE CONCEDENTE DE APRENDIZAGEM** e a **REDE CIDADÃ,** organização não governamental, de âmbito nacional, sem fins lucrativos, situada na Rua Alvarenga Peixoto, 295, 5º andar, Lourdes, Belo Horizonte – MG, CEP 30180-120, inscrita no CNPJ/MF sob o n° 05.461.315/0001-50, neste ato legalmente representada pela sua Presidente, Sra. Ângela de Alvarenga Batista Barros, e por seu Diretor Administrativo Financeiro, Sr. Léu Soares de Oliveira, doravante denominada **UNIDADE CERTIFICADORA,** acordam que:

1) As partes supra descritas, firmaram um Convênio de Aprendizagem, prevendo a contratação de aprendizes, por parte da **UNIDADE CONCEDENTE DE APRENDIZAGEM**.

2) Nesta data, as partes acordam em aditar o referido Convênio com a seguinte alteração:
A partir do dia 01 de janeiro de 2017, o valor do aprendiz foi reajustado para R$ 440,11 (quatrocentos e quarenta reais e onze centavos), conforme decisão publicada no Diário Oficial da União no último dia 30 de dezembro, alterando o valor do salário mínimo. Em obediência ao contrato de convênio assinado entre as partes, Cláusula Sexta, item 6.1.11 – *"Assegurar remuneração correspondente ao salário mínimo proporcional ao número de horas efetivamente trabalhadas."* - Tabela de calculo em anexo.

3) As demais condições mantêm-se como no Convênio original.

E, por estarem assim justas e acordadas, assinam o presente aditivo em 02 (duas) vias de igual teor e forma, para os mesmos efeitos, na presença de duas testemunhas.

Juiz de Fora, 27 de janeiro de 2017 .

Ângela de Alvarenga Batista Barros
Rede Cidadã
Presidente

Léu Soares de Oliveira
Rede Cidadã
Diretor Administrativo Financeiro

Jorge Montessi
Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus
Presidente

Testemunha Rede Cidadã
Nome: Juliana Lima
RG: MG 14.939.664

Testemunha empresa:
Nome:
RG:

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em sexta-feira, 1 de setembro de 2023 10:34:56 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

TERMO ADITIVO AO CONVÊNIO DE APRENDIZAGEM QUE ENTRE SI CELEBRAM, NESTA DATA, AS PARTES A SEGUIR QUALIFICADAS.

Pelo presente Termo Aditivo, a Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus situada à Rua Dirceu de Andrade nº 33 , bairro São Mateus cidade de Juiz de Fora , Minas Gerais , inscrita no CNPJ/MF sob o nº 21.583.042/0001-72 , neste ato legalmente representada por Jorge Montessi doravante denominada **UNIDADE CONCEDENTE DE APRENDIZAGEM** e a **REDE CIDADÃ,** organização não governamental, de âmbito nacional, sem fins lucrativos, situada na Rua Alvarenga Peixoto, 295, 5º andar, Lourdes, Belo Horizonte – MG, CEP 30180-120, inscrita no CNPJ/MF sob o n° 05.461.315/0001-50, neste ato legalmente representada pela sua Presidente, Sra. Ângela de Alvarenga Batista Barros, e por seu Diretor Administrativo Financeiro, Sr. Léu Soares de Oliveira, doravante denominada **UNIDADE CERTIFICADORA,** acordam que:

1) As partes supra descritas, firmaram um Convênio de Aprendizagem, prevendo a contratação de aprendizes, por parte da **UNIDADE CONCEDENTE DE APRENDIZAGEM**.

2) Nesta data, as partes acordam em aditar o referido Convênio com a seguinte alteração:
A partir do dia 01 de janeiro de 2017, o valor do aprendiz foi reajustado para R$ 440,11 (quatrocentos e quarenta reais e onze centavos), conforme decisão publicada no Diário Oficial da União no último dia 30 de dezembro, alterando o valor do salário mínimo. Em obediência ao contrato de convênio assinado entre as partes, Cláusula Sexta, item 6.1.11 – *"Assegurar remuneração correspondente ao salário mínimo proporcional ao número de horas efetivamente trabalhadas."* - Tabela de calculo em anexo.

3) As demais condições mantêm-se como no Convênio original.

E, por estarem assim justas e acordadas, assinam o presente aditivo em 02 (duas) vias de igual teor e forma, para os mesmos efeitos, na presença de duas testemunhas.

Juiz de Fora, 27 de janeiro de 2017 .

Ângela de Alvarenga Batista Barros
Rede Cidadã
Presidente

Léu Soares de Oliveira
Rede Cidadã
Diretor Administrativo Financeiro

Jorge Montessi
Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus
Presidente

Testemunha Rede Cidadã
Nome: Juliana Lima
RG: MG 14.939.664

Testemunha empresa:
Nome:
RG:

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em sexta-feira, 1 de setembro de 2023 10:34:56 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

Belo Horizonte, 26 de janeiro de 2017.

REAJUSTE SALÁRIO APRENDIZAGEM

Prezado Parceiro,

O Decreto 8.948, de 29 de dezembro de 2016, publicado no D.O.U. do dia 30/12/2016, alterou o salário mínimo nacional para R$ 937,00 (novecentos e trinta e sete reais) a partir de 1º de janeiro de 2017.

Com isto, os salários da Aprendizagem passarão aos valores de R$ 440,19 (quatrocentos e quarenta reais e onze centavos) para jornada de 4 horas, R$ 660,30 (seiscentos e sessenta reais e dezesseis centavos) para jornada de 6 horas e R$ 806,86 (oitocentos e seis reais e oitenta e seis centavos) para jovens contratados para Telesserviços. Conforme cálculos abaixo.

Calculo para Salario do Aprendiz

Dados para cálculo	4 horas / dia	
Salário Mínimo - R$	**937,00**	
N° horas consideradas - padrão	220	
Horas semanais trabalhadas	20	(b)
Semanas no mês (31dias/7dias)	4,428571	(c)
Salário hora (salário mínimo/220) (a)	4,26	
Salário do aprendiz - R$	377,31	(a*b*c)
(+) Repouso semanal remunerado (salário aprendiz/6)	62,88	+(1/6)
(=) REMUNERAÇÃO MENSAL	**440,19**	

Dados para cálculo	6 horas / dia	
Salário Mínimo - R$	**937,00**	
N° horas consideradas - padrão	220	
Horas semanais trabalhadas	30	(b)
Semanas no mês (31dias/7dias)	4,428571	(c)
Salário hora (salário mínimo/220) (a)	4,26	
Salário do aprendiz - R$	565,97	(a*b*c)
(+) Repouso semanal remunerado (salário aprendiz/6)	94,33	+(1/6)
(=) REMUNERAÇÃO MENSAL	**660,30**	

Dados para cálculo - TELESSERVIÇOS	6 horas / dia	
Salário Mínimo - R$	**937,00**	
N° horas consideradas - padrão	180	
Horas semanais trabalhadas	30	(b)
Semanas no mês (31dias/7dias)	4,428571	(c)
Salário hora (salário mínimo/220) (a)	5,205555556	
Salário do aprendiz - R$	691,60	(a*b*c)
(+) Repouso semanal remunerado (salário aprendiz/6)	115,27	+(1/6)
(=) REMUNERAÇÃO MENSAL	**806,86**	

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em sexta-feira, 1 de setembro de 2023 10:34:56 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

TERMO ADITIVO AO CONVÊNIO DE APRENDIZAGEM QUE ENTRE SI CELEBRAM, NESTA DATA, AS PARTES A SEGUIR QUALIFICADAS.

Pelo presente Termo Aditivo, a Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus situada à Rua Dirceu de Andrade, n° 33 , bairro São Mateus cidade de Juiz de Fora , Minas Gerais , inscrita no CNPJ/MF sob o nº 21.583.042/0001-72 , neste ato legalmente representada por Jorge Montessi doravante denominada **UNIDADE CONCEDENTE DE APRENDIZAGEM** e a **REDE CIDADÃ,** organização não governamental, de âmbito nacional, sem fins lucrativos, situada na Rua Alvarenga Peixoto, 295, 5º andar, Lourdes, Belo Horizonte – MG, CEP 30180-120, inscrita no CNPJ/MF sob o n° 05.461.315/0001-50, neste ato legalmente representada pela sua Presidente, Sra. Ângela de Alvarenga Batista Barros, e por seu Diretor Administrativo Financeiro, Sr. Léu Soares de Oliveira, doravante denominada **UNIDADE CERTIFICADORA,** acordam que:

1) As partes supra descritas, firmaram um Convênio de Aprendizagem, prevendo a contratação de aprendizes, por parte da **UNIDADE CONCEDENTE DE APRENDIZAGEM**.

2) Nesta data, as partes acordam em aditar o referido Convênio com a seguinte alteração:
O valor correto do salário do aprendiz é de R$ 440,19 (quatrocentos e quarenta reais e dezenove centavos).
3) As demais condições mantêm-se como no Convênio original.

E, por estarem assim justas e acordadas, assinam o presente aditivo em 02 (duas) vias de igual teor e forma, para os mesmos efeitos, na presença de duas testemunhas.

Juiz de Fora , 27 de abril de 2017 .

Glauco de Souza Braga
COORDENADOR - REDE CIDADÃ

Ângela de Alvarenga Batista Barros
Rede Cidadã
Presidente

Jorge Montessi
Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus
Presidente

Glauco de Souza Braga
COORDENADOR - REDE CIDADÃ

Léu Soares de Oliveira
Rede Cidadã
Diretor Administrativo Financeiro

Testemunha empresa:
Nome:
RG:

Juliana Fronard Lima

Testemunha Rede Cidadã
Nome: Juliana Lima
RG: MG-14.939.664

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em sexta-feira, 1 de setembro de 2023 10:34:56 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE
HOSPITAL MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS

CONVÊNIO DE ESTÁGIO

HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS - HMTJ, inscrito no CNPJ sob o n. 21.583.042/0001-72 e Inscrição Estadual isento, com sede na Rua Dr. Dirceu de Andrade, n. 33, Bairro São Mateus, CEP 36.025-330, Juiz de Fora, MG, doravante denominado simplesmente CONCEDENTE**,** por seu representante legal infra-assinado, e **ESCOLA TECNICA PAULO CESAR DE MATTOS LTDA**, situada na Av. Barão do Rio Branco, n. 1820, sobrado, Centro, Juiz de Fora, MG, inscrita no CNPJ sob o n. 36.071.022/0001-90, doravante denominada CONVENENTE, por sua representante legal infra-assinado, resolvem celebrar o presente convênio para realização de estágio curricular obrigatório dos alunos dos cursos de Instrumentação Cirúrgica e Técnico em Enfermagem, que se submeterá às seguintes cláusulas e condições:

1. OBJETO.

1.1 Constitui objeto do presente convênio, a concessão, pelo CONCEDENTE, de estágio obrigatório (não remunerado) aos alunos regularmente matriculados no **Curso de Aprimoramento Profissional em Instrumentação Cirúrgica** do CONVENENTE, e que satisfaçam as condições exigidas pelo CONCEDENTE.

1.2 O estágio visa ao aprendizado de competências próprias da atividade profissional e à contextualização curricular, objetivando o desenvolvimento do educando para a vida cidadã e para o trabalho.

2. VIGÊNCIA.

2.1 O presente instrumento vigorará pelo prazo de 12 (doze) meses, contados a partir de 01 de março de 2022, sendo renovado automaticamente por períodos iguais e subsequentes, na ausência de manifestação expressa e contrária das partes contratantes.

3. DO PRAZO DE DURAÇÃO DO ESTÁGIO

3.1 O estágio objeto deste pacto terá duração máxima de 30 (trinta) dias, de segunda-feira a domingo, conforme planilha que será enviada ao CONCEDENTE pela CONVENENTE, podendo ser interrompido a pedido do interessado ou por conveniência do CONCEDENTE.

3.2 A interrupção, em qualquer das modalidades a que alude o item 3.1, retro, dar-se-á de imediato, sem necessidade de comunicação prévia, salvo nos casos de alunos portadores de deficiência.

4. DAS OBRIGAÇÕES DA CONVENENTE

4.1 Abrir inscrições entre seus alunos para o preenchimento das vagas ofertadas pelo CONCEDENTE.

4.2 Indicar professor orientador na área do estágio, como responsável pelo acompanhamento e avaliação das atividades dos estagiários por ela encaminhados, assegurando, assim, a supervisão dos alunos que estiverem atuando nos campos ofertados.

4.3 Apresentar ao CONCEDENTE, antes do início das atividades, para conhecimento e acompanhamento: Cópia do Termo de Convênio/Aditivo vigente, Plano de Atividades do estagiário, relação nominal com número de matrícula dos alunos

Este documento foi assinado digitalmente por Marco Antonio Guimaraes De Almeida. Este documento foi assinado eletronicamente por Victor Vitoi Cangussu, Cleyson Luiz Oliveira da Silva e Fernanda Barroso de Almeida Amadei.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://vertsign.portaldeassinaturas.com.br e utilize o código 8508-3796-53AF-3F6C.

Este documento foi assinado digitalmente por Marco Antonio Guimaraes De Almeida. Este documento foi assinado eletronicamente por Victor Vitoi Cangussu, Cleyson Luiz Oliveira da Silva e Fernanda Barroso de Almeida Amadei.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://verisign.portaldeassinaturas.com.br e utilize o código 8508-3796-53AF-3F6C.
O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALLI, em sexta-feira, 1 de setembro de 2023 10:34:56 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

encaminhados, nome e contato dos Coordenadores/Professores responsáveis pelo estágio, Termo de Compromisso de Estágio.

4.4 Apresentar comprovação/cartão de vacina de todos os estagiários e preceptores com imunização de BCG, Dupla Adulto (recente), Rubéola, Sarampo e Hepatite B (Três doses), junto ao Serviço de Saúde Ocupacional do Concedente.

4.5 Participar, quando solicitada, de reuniões nas unidades receptoras de estágio.

4.6 Fornecer ao CONCEDENTE, mensalmente, escala de alunos e preceptores, da qual constem o nome e o número de alunos e preceptores encaminhados por turno, incluindo os finais de semana.

4.7 Encaminhar Preceptor, após aprovação do Plano de Atividades do Estágio, para reconhecimento do local de estágio, conhecendo as condições de funcionamento, antes de seu início.

4.8 Informar ao CONCEDENTE, com antecedência mínima de 01 (um) semestre letivo, qualquer alteração do programa aprovado.

4.9 Assegurar que os alunos se apresentem nos respectivos locais de atividades curriculares, devidamente paramentados, de acordo com as atividades curriculares exercidas.

4.10 Respeitar as questões de cunho privativo do CONCEDENTE, Código de Ética, Carta de Direitos do Paciente e Leis que regulamentam a categoria profissional e normas e rotinas do serviço.

4.11 Realizar seguro contra acidentes pessoais para todos os alunos que estiverem atuando nos campos de estágio disponibilizados, encaminhando ao CONCEDENTE, antes do início das atividades, a cópia da apólice do seguro e seu respectivo número.

4.12 Fornecer ao CONCEDENTE, semestralmente, como contrapartida, os seguintes materiais:

PARA OS ALUNOS DO CURSO INSTRUMENTAÇÃO CIRÚRGICA	
QUANTIDADE	**MATERIAIS**
02	Caixas de campo operatório 23x25 estéril (cada caixa com 140 pacotes)
20	Pacotes de gorro cirúrgico descartável (cada pacote com 100 unid.)
250	Luvas Cirúrgicas estéreis de numeração 7,5 e/ou 8,0

4.12.1 Os materiais fornecidos pela CONVENENTE deverão ser entregues no setor de Almoxarifado do CONCEDENTE, seguindo os respectivos horários de funcionamento, mediante conferência do seu recebimento, em conjunto com o gerente de enfermagem.

5. DAS OBRIGAÇÕES DO CONCEDENTE

5.1 Ofertar campo de estágio obrigatório em seus serviços aos alunos da CONVENENTE, na medida de sua necessidade e disponibilidade, considerando a

Este documento foi assinado digitalmente por Marco Antonio Guimaraes De Almeida. Este documento foi assinado eletronicamente por Victor Vitoi Cangussu, Cleyson Luiz Oliveira da Silva e Fernanda Barroso de Almeida Amadei.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://vertsign.portaldeassinaturas.com.br e utilize o código 8508-3796-53AF-3F6C.

Este documento foi assinado digitalmente por Marco Antonio Guimaraes De Almeida. Este documento foi assinado eletronicamente por Victor Vitoi Cangussu, Cleyson Luiz Oliveira da Silva e Fernanda Barroso de Almeida Amadei.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://vertsign.portaldeassinaturas.com.br e utilize o código 8508-3796-53AF-3F6C.
O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDE MARIA GUARNIERI GALLI, em sexta-feira, 1 de setembro de 2023 10:34:56 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

capacidade física e humana nas unidades receptoras para a realização das atividades a serem desenvolvidas.

5.2 Garantir aos preceptores e alunos discriminados na escala mensal encaminhada pela CONVENENTE, nos termos do tópico 4.6, o uso das unidades de serviços de saúde em concordância com a programação assistencial nos horários acordados.

5.3 Fixar e informar, previamente, o número de vagas disponíveis para os alunos da CONVENENTE, conforme sua capacidade, necessidade e interesse.

5.4 Avaliar junto aos representantes da CONVENENTE, ao término de cada período, as atividades curriculares realizadas.

5.5 Facilitar, aos alunos designados pela CONVENENTE, conforme escala mensal, acesso aos locais ofertados para as atividades curriculares, para conhecimento e entrosamento com os serviços e equipe.

5.6 Informar à CONVENENTE, com antecedência mínima de 01 (um) semestre letivo, qualquer alteração no programa aprovado.

5.7 Assinar, através de seu responsável, o Termo de Compromisso de Estágio dos alunos, conforme modelo encaminhado pela CONVENENTE.

5.8 Informar aos Coordenadores dos Cursos, Preceptores e Alunos da CONVENENTE sobre as normas, rotinas e regulamentos do estágio, através de uma Comissão de Recepção por si realizada antes do início do estágio dos alunos.

6. DA RESCISÃO

6.1 O presente convênio poderá ser rescindido, por qualquer das partes, sem justa causa, mediante comunicação prévia, sempre por escrito, com prazo não inferior a 30 (trinta) dias.

6.2 Poderá ainda ser rescindido o presente instrumento, imediatamente, sem prejuízo do estipulado em cláusulas específicas, por descumprimento de quaisquer cláusulas e condições do presente termo e seus aditivos, independentemente de notificação judicial ou extrajudicial, sem prejuízo da aplicação das medidas judiciais cabíveis à parte infratora, inclusive perdas e danos.

6.3 Caso a CONVENENTE, em decorrência deste contrato, desempenhe atividades em dependências do CONCEDENTE, deverá, por ocasião da rescisão, desocupar o local cedido em 48 (quarenta e oito) horas, impreterivelmente.

7. DISPOSIÇÕES GERAIS

7.1 Os alunos encaminhados pela CONVENENTE ao CONCEDENTE só poderão iniciar seu estágio depois de firmarem Termo de Compromisso e Aceitação de Estágio, que disporá sobre seus direitos e deveres.

7.2 Terá imediatamente rescindido o seu estágio, o aluno que não observar a conduta disciplinar exigida no Termo de Compromisso e na Aceitação de Estágio por ele assinado, as normas, rotinas e regulamentos do CONCEDENTE.

Este documento foi assinado digitalmente por Marco Antonio Guimaraes De Almeida. Este documento foi assinado eletronicamente por Victor Vitoi Cangussu, Cleyson Luiz Oliveira da Silva e Fernanda Barroso de Almeida Amadei.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://vertsign.portaldeassinaturas.com.br e utilize o código 8508-3796-53AF-3F6C.
Este documento foi assinado digitalmente por Marco Antonio Guimaraes De Almeida. Este documento foi assinado eletronicamente por Victor Vitoi Cangussu, Cleyson Luiz Oliveira da Silva e Fernanda Barroso de Almeida Amadei.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://vertsign.portaldeassinaturas.com.br e utilize o código 8508-3796-53AF-3F6C.
O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALLI, em sexta-feira, 1 de setembro de 2023 10:34:56 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

7.3 Poderá o presente instrumento ser complementado por termos aditivos, visando o desenvolvimento das ações comuns, voltas para integração empresa/escola. As partes praticarão, por intermédio de seus representantes, todos os atos que se tornem necessários à efetiva execução deste convênio.

7.4 Na ausência do professor orientador da CONVENENTE, o Enfermeiro não exercerá, simultaneamente, a função de supervisor de estágios e as atividades assistenciais e/ou administrativas para as quais estiver designado naquele serviço.

7.5 No planejamento e execução do estágio, além da relação entre o número de estagiários e o quadro de pessoal da instituição concedente, prevista no Art. 17 da Lei nº 11.788/2008, deve-se considerar a proporcionalidade do número de estagiários por nível de complexidade da assistência de Enfermagem, na forma do art. 2º, I a IV, da Resolução 371/2010 do COFEN.

7.6 O CONCENDENTE não terá, para quaisquer efeitos, vínculo empregatício com os alunos e tampouco com os preceptores encaminhados pela CONVENENTE.

7.7 O presente instrumento se baseia na cooperação entre as partes e não gera vínculo jurídico ou mesmo a formação de qualquer tipo de sociedade ou grupo econômico entre as contratantes e, tampouco, vínculo empregatício ou qualquer outra obrigação que não as específicas nele mencionadas.

8. Foro.

Estipulam as partes o foro da Comarca de Juiz de Fora, MG como o único competente para dirimir eventuais dúvidas que decorram deste contrato, excluindo-se qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

E, por estarem assim justos e contratados, as partes firmam este convênio, em 2 (duas) vias de igual teor e forma, na presença das testemunhas abaixo.

Juiz de Fora, 1º de março de 2022.

HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS – HMTJ

ESCOLA TECNICA PAULO CESAR DE MATTOS LTDA

Testemunhas:

Nome:_____
CPF: _____

Nome:_____
CPF: _____

Este documento foi assinado digitalmente por Marco Antonio Guimaraes De Almeida. Este documento foi assinado eletronicamente por Victor Vitoi Cangussu, Cleyson Luiz Oliveira da Silva e Fernanda Barroso de Almeida Amadei.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://vertsign.portaldeassinaturas.com.br e utilize o código 8508-3796-53AF-3F6C.

Este documento foi assinado digitalmente por Marco Antonio Guimaraes De Almeida. Este documento foi assinado eletronicamente por Victor Vitoi Cangussu, Cleyson Luiz Oliveira da Silva e Fernanda Barroso de Almeida Amadei.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://vertsign.portaldeassinaturas.com.br e utilize o código 8508-3796-53AF-3F6C.
O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALLI, em sexta-feira, 1 de setembro de 2023 10:34:56 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

PROTOCOLO DE ASSINATURA(S)

O documento acima foi proposto para assinatura digital na plataforma Portal Vertsign. Para verificar as assinaturas clique no link: https://vertsign.portaldeassinaturas.com.br/Verificar/8508-3796-53AF-3F6C ou vá até o site https://vertsign.portaldeassinaturas.com.br e utilize o código abaixo para verificar se este documento é válido.

Código para verificação: 8508-3796-53AF-3F6C

Hash do Documento

803B08E05B35C2AB6EBCF9470679CF78E2F1F5188DB2FC6CA3C5287EAD40654E

O(s) nome(s) indicado(s) para assinatura, bem como seu(s) status em 18/03/2022 é(são) :

☑ VICTOR VITOI CANGUSSU (DIRETOR TÉCNICO ADMINISTRATIVO) - 071.***.***-50 em 18/03/2022 11:17 UTC-03:00
Tipo: Assinatura Eletrônica
Identificaçao: Autenticação de conta

Evidências

Client Timestamp Fri Mar 18 2022 11:17:03 GMT-0300 (GMT-03:00)
Geolocation Latitude: -21.7781836 Longitude: -43.3593036 Accuracy: 20
IP 201.55.120.194
Assinatura:



Hash Evidências:
36FFE2AA0DEACBE55F6FAB3074D06CDBABC9DA9BE2A01EF41073C0500136096B

☑ MARCO ANTONIO G. DE ALMEIDA (DIRETOR PRESIDENTE)) - 485.***.***-34 em 17/03/2022 17:01 UTC-03:00
Nome no certificado: Marco Antonio Guimaraes De Almeida
Tipo: Certificado Digital

☑ Cleyson Luiz Oliveira da Silva (testemunha) - 108.***.***-98 em 16/03/2022 16:00 UTC-03:00
Tipo: Assinatura Eletrônica
Identificaçao: Autenticação de conta

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em sexta-feira, 1 de setembro de 2023 10:34:56 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

Evidências

Client Timestamp Wed Mar 16 2022 15:59:57 GMT-0300 (GMT-03:00)
Geolocation Latitude: -21.7773669 Longitude: -43.3596592 Accuracy: 12.796
IP 201.55.120.194
Assinatura:

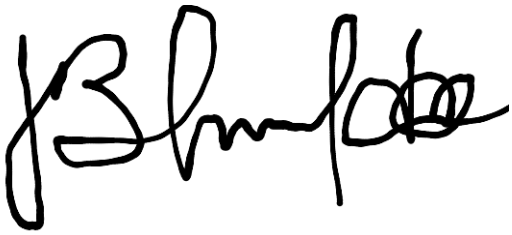


Hash Evidências:
B820680344BC544546CC0E4DA8CBB536265198EC6C7D3EAD7357E58F572FA9A1

☑ Fernanda Barroso de Almeida Amadei - 062.***.***-50 em 15/03/2022 09:22 UTC-03:00
Tipo: Assinatura Eletrônica
Identificaçao: Por email: nandafefisamadei@gmail.com

Evidências

Client Timestamp Tue Mar 15 2022 09:22:41 GMT-0300 (-03)
Geolocation Location not shared by user.
IP 186.235.109.90
Assinatura:



Hash Evidências:
66293871C1A4D185C3B84B63E5D3BC8142C568C9DEF8D885E719027F79C569BB

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em sexta-feira, 1 de setembro de 2023 10:34:56 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE
HOSPITAL MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS

ADITIVO 1

HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS – OSS, inscrito no CNPJ sob o n. 21.583.042/0001-72, doravante denominado **HMTJ**, e **ESCOLA TECNICA PAULO CESAR DE MATTOS LTDA**, inscrita no CNPJ sob o nº. 36.071.022/0001-90, doravante denominada **CONTRATADA**, resolvem, por mútuo consenso, aditar o contrato que firmaram em 1º de março de 2022:

CLÁUSULA PRIMEIRA.

A cláusulas ns. 1.1 e 4.12, do contrato ora aditado, passam a vigorar com a seguinte redação:

1.1 Constitui objeto do presente convênio, a concessão, pelo CONCEDENTE, de estágio obrigatório (não remunerado) aos alunos regularmente matriculados no **Curso de Aprimoramento Profissional em Instrumentação Cirúrgica** e ao **Curso de Técnico de Enfermagem** do CONVENENTE, e que satisfaçam as condições exigidas pelo CONCEDENTE.

4.12 Fornecer ao CONCEDENTE, semestralmente, como contrapartida, os seguintes materiais:

PARA OS ALUNOS DO CURSO INSTRUMENTAÇÃO CIRÚRGICA	
QUANTIDADE	**MATERIAIS**
02	Caixas de campo operatório 23x25 estéril (cada caixa com 140 pacotes)
20	Pacotes de gorro cirúrgico descartável (cada pacote com 100 unid.)
250	Luvas Cirúrgicas estéreis de numeração 7,5 e/ou 8,0

PARA OS ALUNOS DO CURSO TÉCNICO DE ENFERMAGEM	
QUANTIDADE	**MATERIAIS**
20	Caixas de luvas de procedimentos (cada caixa com 100 unid.)
20	Caixas de máscara cirúrgica descartável (cada caixa com 50)
80	Pacotes de capotes de manga longa descartável (cada pacote com 10 unid.)
20	Pacotes com gorro cirúrgico descartável de TNT (Cada pacote com 100 unid.)

Este documento foi assinado digitalmente por Marco Antonio Guimaraes De Almeida. Este documento foi assinado eletronicamente por Cleyson Luiz Oliveira da Silva, Victor Vitoi Cangussu e Gabrielle Esteves Lucas.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://vertsign.portaldeassinaturas.com.br e utilize o código 49D3-21CB-1B4A-D7A4.

Este documento foi assinado digitalmente por Marco Antonio Guimaraes De Almeida. Este documento foi assinado eletronicamente por Cleyson Luiz Oliveira da Silva, Victor Vitoi Cangussu e Gabrielle Esteves Lucas.

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDE MARIA GUARNIERI GALLI, em sexta-feira, 1 de setembro de 2023 10:34:56 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

CLÁUSULA SEGUNDA.

Permanecem inalteradas e válidas todas as demais cláusulas e condições do contrato original e seus aditivos, que não colidirem com o ora avençado.

E, por estarem justas e contratadas as partes firmam o presente contrato, em 02 (duas) vias originais de igual teor, para os mesmos efeitos, na presença das 02 (duas) testemunhas abaixo assinadas.

Juiz de Fora, 11 de abril de 2022.

HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS

ESCOLA TECNICA PAULO CESAR DE MATTOS LTDA

Testemunhas:

Nome:_____

CPF: _____

Nome:_____

CPF: _____

Este documento foi assinado digitalmente por Marco Antonio Guimaraes De Almeida. Este documento foi assinado eletronicamente por Cleyson Luiz Oliveira da Silva, Victor Vitoi Cangussu e Gabrielle Esteves Lucas.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://vertsign.portaldeassinaturas.com.br e utilize o código 49D3-21CB-1B4A-D7A4.

Este documento foi assinado digitalmente por Marco Antonio Guimaraes De Almeida. Este documento foi assinado eletronicamente por Cleyson Luiz Oliveira da Silva, Victor Vitoi Cangussu e Gabrielle Esteves Lucas.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://vertsign.portaldeassinaturas.com.br e utilize o código 49D3-21CB-1B4A-D7A4.

Este documento foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALI, em sexta-feira, 1 de setembro de 2023 10:34:56 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

PROTOCOLO DE ASSINATURA(S)

O documento acima foi proposto para assinatura digital na plataforma Portal Vertsign. Para verificar as assinaturas clique no link: https://vertsign.portaldeassinaturas.com.br/Verificar/49D3-21CB-1B4A-D7A4 ou vá até o site https://vertsign.portaldeassinaturas.com.br e utilize o código abaixo para verificar se este documento é válido.

Código para verificação: 49D3-21CB-1B4A-D7A4

Hash do Documento

D0A26DABF04E8669C6B4E5EF189265F576094CC8CECDB64B0B88CA250DA7AA90

O(s) nome(s) indicado(s) para assinatura, bem como seu(s) status em 13/04/2022 é(são) :

- MARCO ANTONIO G. DE ALMEIDA (DIRETOR PRESIDENTE)) - 485.***.***-34 em 13/04/2022 14:01 UTC-03:00
  Nome no certificado: Marco Antonio Guimaraes De Almeida
  Tipo: Certificado Digital
- Cleyson Luiz Oliveira da Silva (testemunha) - 108.***.***-98 em 12/04/2022 12:24 UTC-03:00
  Tipo: Assinatura Eletrônica
  Identificaçao: Autenticação de conta

  Evidências

  Client Timestamp Tue Apr 12 2022 12:24:07 GMT-0300 (GMT-03:00)
  Geolocation Latitude: -21.7774083 Longitude: -43.3596653 Accuracy: 11.03
  IP 201.55.120.194
  Assinatura:

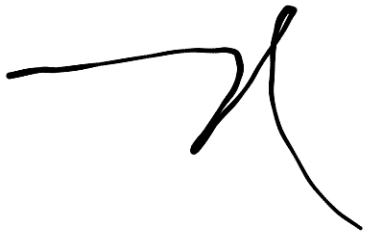
  

  Hash Evidências:
  390684F2EF35D5372DD16CB7E4D6CD54D6C2B180D6DB6124BAA3F88701E8DC71
- VICTOR VITOI CANGUSSU (DIRETOR TÉCNICO ADMINISTRATIVO) - 071.***.***-50 em 12/04/2022 11:52 UTC-03:00
  Tipo: Assinatura Eletrônica
  Identificaçao: Autenticação de conta

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em sexta-feira, 1 de setembro de 2023 10:34:56 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

Evidências

Client Timestamp Tue Apr 12 2022 11:52:07 GMT-0300 (-03)
Geolocation Location not shared by user.
IP 152.255.108.17
Assinatura:



Hash Evidências:
0B95DEB5EE5168BAB4C33FCFE56C4115E125BC6FF5C0F4AEA7300AD1D0AB3FA2

☑ Gabrielle Esteves Lucas - 079.***.***-29 em 11/04/2022 17:26 UTC-03:00
Tipo: Assinatura Eletrônica
Identificaçao: Por email: gabiesteves@pcmescolatecnica.com

Evidências

Client Timestamp Mon Apr 11 2022 17:26:42 GMT-0300 (-03)
Geolocation Latitude: -21.78852487751432 Longitude: -43.343735543402 Accuracy: 13.778190953576264
IP 189.81.26.223
Assinatura:



Hash Evidências:
479210D7F3A7FC9C418C9B3AC26270FEB7713932B9B35C24463F8DD2BC777511

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em sexta-feira, 1 de setembro de 2023 10:34:56 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

10.2.2: ÁREA DA QUALIDADE

QUALIDADE OBJETIVA: AVALIA MEDIDAS DA PROPOSTADETRABALHO PARA IMPLANTAÇÃO DE COMISSÕES.

DESENVOLVIMENTO DA UNIDADE

PROJETO DE HOSPITAL ENSINO PARA A UNIDADE

PROJETO DE HOSPITAL DE ENSINO PARA A UNIDADE

De acordo com o planejamento estratégico da OSSHMTJ e edital de licitação em questão um de seus processos internos é a manutenção do credenciamento de "Hospital de Ensino" para o "Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás" – HERSO.

Uma das etapas será o reforço das parcerias já estabelecidas na gestão anterior, estreitando os laços com amadurecimento de ideias, otimização de recursos e troca de experiências já compartilhadas. Objetivando cada vez maior qualificação dos serviços de saúde prestados à sociedade e a formação de profissionais de saúde com excelência. A OSSHMTJ pretende expandir as parcerias com outras organizações de saúde e ensino com diferentes frentes focando em mudanças sociais e fidelizando seus clientes pela escolha da instituição como local para sua residência e capacitação profissional.

Ao longo do ano buscaremos a manutenção das parcerias afim de proporcionar aos nossos alunos/ residentes um campo vasto e rico de experiencias e recursos que contribuirão para sua formação e amadurecimento profissional, com uma entrega de valor para a comunidade, aumentando assim a oferta de serviço para a SES-GO e região.

Portanto nesta perspectiva é interesse da OSSHMTJ, realizar e ou manter convênios com faculdades e universidade, incluindo escolas técnicas, fomentando o ingresso de alunos, com graduação nas dependências da Instituição que tenham interessenos serviços prestados, sendo estes convênios de entidades públicas ou privadas.

Para atender todos os requisitos obrigatórios da Portaria Interministerial MEC/MS nº 1.000, de 15 de abril de 2004, e Portaria Interministerial nº 2400 de 02/10/2007 / MS - Ministério da Saúde, sendo descrito os processos já implementados. Abaixo segue breve histórico da capacidade instalada que o "Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás" – HERSO possui incluindo alguns serviços e residências já em curso.

Como já mencionado a OSSHMTJ pretende manter as residências já credenciadas através de um novo requerimento para renovação e validação da instituição como Hospital de Ensino, e explorar as oportunidades de ofertas de serviço.

Estrutura

O Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado - HERSO é um hospital Geral de Média e Alta Complexidade em Urgência e Emergência, de demanda regulada e/ou referenciada, com leitos clínicos, cirúrgicos e de terapia intensiva (UTI), conforme classificação de risco, prestando atendimento prioritariamente a Macrorregião Sudoeste de Goiás e demais Macrorregiões. Oferece suporte assistencial de acordo com a necessidade e demandas do Complexo Regulador Estadual.

Atualmente, o HERSO possui 69 leitos gerais, 18 leitos complementares e 4 leitos dia, bem como outros setores de suporte., distribuídos da seguinte forma:

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

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

A OSSHMTJ deverá manter sua Agência Transfusional (AT), que, por definição, é um serviço de hemoterapia com a função de armazenar hemocomponentes, realizar testes imuno hematológicos pré-transfusionais e transfundir os hemocomponentes. O suprimento de hemocomponentes a esta agência deverá ser realizado pelo HEMOGO. A Agência Transfusional também poderá distribuir hemocomponentes para outros serviços de saúde, de acordo com o que estabelece a SES-GO.

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

Perfil da Unidade

- O HERSO é uma unidade de Assistência, Ensino, Pesquisa e Extensão Universitária,especializada em Média e Alta Complexidade em Urgência/Emergência. Com atendimentode especialidades como:
- Cirurgia geral
- Ortopedia e traumatologia
- Cirurgia vascular
- Neurocirurgia
- Cirurgia torácica
- Cirurgia do bucomaxilofacial
- Enfermagem
- Serviço social
- Psicologia
- Fisioterapia
- Fonoaudiologia
- Terapia ocupacional
- Farmácia
- Nutrição

Podendo oferecer suporte assistencial de acordo com a necessidade e demandas do Complexo Regulador Estadual.

Residência médica atual: A Residência Médica oferecida forma profissionais nas áreas de Clínica Médica, Ortopedia, Neurologia, Terapia Intensiva, Cardiologia, Anestesiologia e Cirurgias Geral e do Trauma.

Divisão de Ensino atual: A Diretoria de Ensino e Pesquisa (DEP) é constituída pelos departamentos: Comissão de Residência Médica (COREME), Comissão de Residência Multiprofissional (COREMU), Divisão de Ensino (DE), Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) e Biblioteca. Ela é responsável por todos os estágios realizados no Herso, bem como pelas pesquisas envolvendo seres humanos, por meio do Comitê de Ética e Pesquisa (CEP), cujas coletas de dados ocorrem tanto nesta, quanto em outras instituições de saúde. Coordena ainda as visitas técnicas ao hospital, tanto de estudantes como de profissionais da área de saúde e recebe bolsistas da Organização das Voluntárias de Goiás (OVG), internos e

estagiários.

COREME: Conta com 8 Programas de Residência Médica credenciadas pela Comissão Nacional de Residência Médica sendo: Anestesiologia, Cardiologia, Cirurgia Geral, Clínica Médica, Cirurgia Vascular, Medicina Intensiva, Neurologia e Ortopedia e Traumatologia.

COREMU: Conta com 01 programas de residência Multiprofissional sendo: Residência Multiprofissional nas áreas de Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Nutrição, Psicologia e Serviço Social.

Divisão de Ensino: é o Departamento responsável pelo funcionamento e controle dos estagiários/internos das Instituições de Ensino conveniados com a SESG/SES-GO

Disponibilizamos vagas nas seguintes áreas: Psicologia, Farmácia, Biomedicina, Nutrição, Enfermagem, Serviço Social, Fisioterapia, Fonoaudiologia e Medicina.

Biblioteca: São oferecidos os seguintes serviços: Atendimento à comutação bibliográfica Bireme (SCAD), Elaboração de ficha catalográfica, Suporte nas Normas ABNT, APA e Vancouver, Empréstimo domiciliar, Espaço para estudo individual e em grupos com acesso a computadores, Treinamentos e suporte em base de dados, Suporte bibliográfico em revisões e protocolos baseados em evidências (realização de estratégia de busca, Gerenciamento das buscas bibliográficas nas bases de dados, Organização do material recuperado, Remoção das duplicatas no gerenciador de referências adotados, Envio de planilhas para análise e seleção para triagem de estudo e descrição da metodologia de busca), Indexação de documentos digitais na BVS (Biblioteca Virtual da Saúde, antiga BIREME).

Comitê de Ética em Pesquisa (CEP): Tem por objetivo, acompanhar os protocolos de pesquisas que envolvem seres humanos, no âmbito do HERSO e de outras instituições que não possuem Comitê de Ética. Preservando os aspectos éticos, em defesados direitos dos envolvidos na pesquisa, participantes, pesquisadores e Instituições.

Para iniciar esse processo de recertificação a OSSHMTJ irá revisitar a Portaria interministerial n° 285, de 24 de março de 2015. No que tange os requisitos obrigatórios para a solicitação de certificação do hospital de ensino conforme Art. 6º deverão ser atendidos pelos solicitantes, para concessão da certificação de HERSO, os seguintes requisitosespecíficos:

I - ter constituídas e em permanente funcionamento as comissões assessoras obrigatórias pertinentes a todos os estabelecimentos hospitalares, que são:

a) Comissão de Ética Médica e de Enfermagem;

b) Comissão de Documentação Médica e Estatística;

c) Comitê de Ética em Pesquisa;

d) Comissão de Controle de Infecção Hospitalar;

e) Comissão Interna de Prevenção de Acidentes;

f) Comissão de Óbitos;

g) Comissão de Revisão de Prontuários;

h) Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional;

i) Comissão de Farmácia e Terapêutica; e

j) Comissão de Proteção Radiológica;

A OSSHMTJ nesta etapa irá buscar a implementação e implantação das comissões supracitadas com regimentos internos, atas de reuniões regulares, fluxos internos. Modernização do banco de dados com apoio da informatização, o que permite maior agilidade na geração de relatórios comprobatórios e estatísticos. Elaboração de indicadores de processos para monitoramento das comissões bem como análise críticas e planejamento de ações de melhorias dos serviços prestados em interface com o cuidado.

II - ter constituídas e em permanente funcionamento, quando couberem, as comissões assessoras pertinentes, de acordo com o perfil assistencial do estabelecimento hospitalar, que podem ser:

a) Comissão de Transplantes e Captação de Órgãos;

b) Comitê Transfusional;

c) Comissão de Residências em Saúde;

d) Comissão de Biossegurança.

A OSSHMTJ manterá o funcionamento destas comissões que já estão implantadas seguindo as diretrizes de Serviço de Gestão da Qualidade no que se refere a padronização do serviço, controle de frequências de reuniões, atas de reunião, identificação de melhorias, elaboração de regimentos internos, fluxos e registros no estabelecimento de saúde e cooperação com as metas contratualizadas com a SES-GO.

III - participar dos programas e políticas prioritárias do SUS, incluindo as Redes Temáticas de Atenção à Saúde, de acordo com seu perfil assistencial;

IV - constituir-se como um ponto de atenção, cuja missão e perfil assistencial devem ser definidos conforme o perfil demográfico e epidemiológico da população e de acordo com o desenho da RAS loco-regional, vinculados a uma população de referência com base

territorial definida, com acesso regulado e atendimento por demanda referenciada ou espontânea;

V - disponibilizar para a regulação do SUS os serviços contratualizados, de acordo com as pactuações loco-regionais;

VI - garantir o direito do usuário ao acompanhante e à visita aberta, dispondo de condições técnicas, humanas e de ambiência;

VII - adotar programa de acolhimento com protocolo de classificação de risco quando dispuser de serviço de urgência e emergência ou maternidade;

VIII - garantir os serviços de apoio diagnóstico e terapêutico e equipamentos de acordo com o porte e perfil assistencial do hospital, com no mínimo:

a) patologia clínica, dentro ou fora do ambiente hospitalar, com coleta no hospital;

b) radiologia simples no ambiente hospitalar;

c) acesso a eletrocardiografia;

d) acesso a ultrassonografia;

e) acesso a endoscopia digestiva;

f) equipamentos e insumos para suporte avançado de vida e transporte seguro;

g) Unidade de Terapia Intensiva (UTI), tipo II ou tipo III, conforme disposto na Portaria nº 3.432/GM/MS, de 12 de agosto de 1998, ou acesso garantido à UTI, conforme pactuação loco-regional;

h) assistência farmacêutica, assistência nutricional, processamento e esterilização de roupas e materiais, transporte sanitário, higiene e limpeza, e demais serviços assistenciais e de apoio, próprios ou terceirizados, conforme normas vigentes; e

i) equipe multiprofissional compatível com o porte e perfil assistencial do hospital, segundo o regramento vigente;

IX - Manter o prontuário único dos pacientes padronizados e com registros completos;

X - Atualizar de forma regular e sistemática os sistemas de alimentação obrigatória do SUS; e

XI - garantir a implementação das seguintes ações de segurança do paciente:

a) ter implementado Núcleo de Segurança do Paciente;

b) ter elaborado um Plano de Segurança do Paciente;

c) manter ativa a Notificação de Eventos Adversos (Notivisa);

d) ter, no mínimo, implementados os protocolos de Identificação do Paciente e Higienização das Mãos; e

e) desenvolver um plano de implantação dos demais protocolos, de acordo com o perfil assistencial da instituição, a ser implementado no prazo máximo de 02 (dois) anos.

Mediante a observação e atendimento a estes requisitos específicos da citada portaria interministerial, sendo que o cumprimento desses requisitos é imprescindível para fomentar o processo de avaliação do hospital e posteriormenteobtenção da certificação. A OSSHMTJ irá solicitar a certificação como Hospital de Ensino, encaminhando um ofício à Coordenação-Geral de Atenção Hospitalar - CGHOSP/DAHU/SAS/MS inserindo as documentações e dados de acordo com: Art. 11. Para solicitar a certificação como HE, o estabelecimento hospitalar interessado encaminhará ofício à Coordenação-Geral de Atenção Hospitalar (CGHOSP/DAHU/SAS/MS) contendo os seguintes dados:

I - nome do estabelecimento hospitalar;

II - número do registro do estabelecimento hospitalar SCNES;

III - nome do responsável pela solicitação da certificação;

IV - nome e número do CPF do responsável pela HE; e

V - e-mail, telefones e contatos do responsável pela solicitação da certificação.

Depois de receber o ofício, à Coordenação-Geral de Atenção Hospitalar - CGHOSP/DAHU/SAS/MS direcionará ao HERSO, hospital solicitante, o formulário e as declarações para serem assinadas pela sua direção, documentos enviados através de endereço eletrônico ("link") do Sistema FORMSUS. Após preenchimento do formulário, a Comissão Interministerial de Certificação analisará o cumprimento dos 36 requisitosgerais e específicos fixados pelos artigos 5° e 6° da Portaria IM n° 285/2015, depois dessa averiguação e verificada a adequação, será agendado uma visita para comprovação"in loco" que o HERSO corresponde e atende os requisitos gerais e específicos determinados pelos artigos 5° e 6° da Portaria IM n° 285/2015. Nessa visita também será verificada as condições impostas para receber a tipologia Hospital de Ensino Tipo I (HE-I) ou Hospital de Ensino Tipo II (HE-II).

A OSSHMTJ tem inteiro conhecimento que esse processo de certificação do hospital para "Hospital de Ensino" corroborá em um impacto positivo e de crescimento de ofertas de serviço para a população assistida e região. Resultando em melhorias na qualidade assistencial e educativa através de investimento em: capacitação dos profissionais, aquisição de novos equipamentos para saúde e aquisição de materiais didáticos.

PROPOSTA TÉCNICA

Segue abaixo os requisitos gerais e específicos para certificação conforme portaria interministerial n° 285, de 24 de março de 2015, bem como a condição atual do "Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás" – HERSO. e uma proposta para correção e ou manutenção pela OSSHMTJ:

REQUISITOS GERAIS	CONDIÇAO ATUAL	PROPOSTA
I- ser campo de prática para atividades curricularesna área da saúde, para programas de residência médica e em outras áreas profissionais da saúde;	O HERSO já possui Residência Médica oferecida forma profissionais nas áreas de Anestesiologia, Cardiologia, Cirurgia Geral, Clínica Médica, Cirurgia Vascular, Medicina Intensiva, Neurologia e Ortopedia e Traumatologia. Conta com 01 programas de residência Multiprofissionalsendo: Residência Multiprofissional nas áreas de Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Nutrição, Psicologia e Serviço Social.	Manutenção das residências e propostas de novas especialidades não contempladas.
II - dispor de convênio ou contrato formal de cooperação entre o estabelecimento hospitalar e a IES, caso o hospital não pertença à mesma instituição que desenvolve as atividades, com implantação de mecanismos atuantes na gestão das atividades de pesquisa e ensino;	O HERSO mantém convênio com as Instituições de Ensino conveniados com a SESG/SES-GO. Disponibilizadas vagas nas seguintes áreas: Psicologia, Farmácia, Biomedicina, Nutrição, Enfermagem, Serviço Social, Fisioterapia, Fonoaudiologia e Medicina.	O OSSHMTJ irá verificar se esses convênios cumprem o preconizado na portaria interministerial n° 285, de 24 de março de 2015.
III - possuir oferta de programas de residência médica, ou em outras áreas profissionais da saúde, credenciados junto à Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM) ou Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS), excetuando-se os	Todos os programas de residência médica e multiprofissional estão devidamente cadastrados na CNRM e CNRMS.	O HERSO já possui programas de residência médica e multiprofissional devidamente cadastrados, devendo apenas verificação das validades e atualização de cadastros.

casos previstos no §1° do art. 8.		
IV - possuir, no mínimo, 80 (oitenta) leitos operacionais, no caso de hospitais gerais;	o HERSO possui 69 leitos gerais, 18 leitos complementares e 4 leitos dia, bem como outros setores de suporte	Não necessita de ação corretiva.
V - possuir, no mínimo, 50 (cinquenta) leitos operacionais, no caso de hospital especializado ou maternidade;	o HERSO possui 69 leitos gerais, 18 leitos complementares e 4 leitos dia, bem como outros setores de suporte	Não necessita de ação corretiva.
VI - prestar ações e serviços de saúde ao SUS, colocando a oferta sob regulação do gestor do SUS; e	O HERSO é um Hospital 100% SUS	Não necessita de ação corretiva.
VII - possuir instrumento contratual formal vigente com o gestor do SUS.	O HERSO é um hospital Estadual e seus os recursos são provenientes do contrato de gestão com a Secretaria de Saúde de Goiânia.	Não necessita de ação corretiva.

REQUISITOS GERAIS	CONDIÇÃO ATUAL	PROPOSTA
I - ter constituídas e em permanente funcionamento as comissões assessoras obrigatórias pertinentes a todos os estabelecimentos hospitalares, que são:		
a) Comissão de Ética Médica e de Enfermagem;	O HERSO já possui Comissão de Ética Médica e de Enfermagem.	Não necessita de ação corretiva.
b) Comissão de Documentação Médica e Estatística;	O HERSO já possui	Não necessita de ação corretiva.
c) Comitê de Ética em Pesquisa;	O HERSO já possui	Não necessita de ação corretiva.
d) Comissão de Controle de Infecção Hospitalar;	O HERSO já possui	Não necessita de ação corretiva.
e) Comissão Interna de Prevenção de Acidentes;	O HERSO já possui	Não necessita de ação corretiva.
f) Comissão de Óbitos;	O HERSO já possui	Não necessita de ação corretiva.
g) Comissão de Revisão de Prontuários;	O HERSO já possui	Não necessita de ação corretiva.
h) Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional;	O HERSO já possui	Não necessita de ação corretiva.
i) Comissão de Farmácia e Terapêutica; e	O HERSO já possui	Não necessita de ação corretiva.
j) Comissão de Proteção Radiológica;	O HERSO já possui	Não necessita de ação corretiva.
II - ter constituídas e em permanente funcionamento, quando couberem, as comissões assessoras pertinentes, de acordo com o perfil assistencial do estabelecimento hospitalar, que podemser:		
a) Comissão de Transplantes e Captação de Órgãos;	O HERSO já possui	Não necessita de ação corretiva.
b) Comitê Transfusional;	O HERSO já possui	Não necessita de ação corretiva.
c) Comissão de Residências em Saúde;	O HERSO já possui	Não necessita de ação corretiva.

d) Comissão de Mortalidade Materna e de Mortalidade Neonatal;	Não é o perfil assistencial do HERSO.	N.A.
e) Comissão de Biossegurança; e	O HERO já possui	Não necessita de ação corretiva.
f) Comissão de Ética no Uso de Animais;	Não é o perfil assistencial do HERSO.	N.A.

REQUISITOS GERAIS	CONDIÇÃO ATUAL	PROPOSTA
III - participar dos programas e políticas prioritárias do SUS, incluindo as Redes Temáticas de Atenção à Saúde, de acordo com seu perfil assistencial;	O HERSO participa.	
IV - constituir-se como um ponto de atenção, cuja missão e perfil assistencial devem ser definidos conforme o perfil demográfico e epidemiológico da população e de acordo com o desenho da RAS loco-regional, vinculados a uma população de referência com base territorial definida, com acesso regulado e atendimento por demanda referenciada ou espontânea;	O HERSO se constitui.	
V - disponibilizar para a regulação do SUS os serviços contratualizados, de acordo com as pactuações loco-regionais;	O HERSO é um Hospital100% SUS	Não necessita de ação corretiva.
VI - garantir o direito do usuário ao acompanhante e à visita aberta, dispondo de condições técnicas, humanas e de ambiência;	O HERSO garante odireito a visitação e acompanhates.	Não necessita de ação corretiva.
VII - adotar programa de acolhimento com protocolo de classificação de risco quando dispuser de serviço de urgência e emergência ou maternidade;	O HERSO apesar de nãoser caracterizado como uma unidade de pronto atendimento possui protocolo de classificação de risco.	Não necessita de ação corretiva.
VIII - garantir os serviços de apoio diagnóstico e terapêutico e equipamentos de acordo com o porte e perfil assistencial do hospital, com no mínimo:		
a) patologia clínica,dentro ou fora do ambiente hospitalar, com coleta nohospital;	O HERSO já possui	Não necessita de ação corretiva.
b) radiologia simples no ambiente hospitalar;	O HERSO já possui	Não necessita de ação corretiva.
c) acesso a eletrocardiografia;	O HERSO já possui	Não necessita de ação corretiva.
d) acesso a ultrassonografia;	O HERSO já possui	Não necessita de ação corretiva.
e) acesso a endoscopia digestiva;	O HERSO já possui	Não necessita de ação corretiva.
f) equipamentos e insumos para suporte avançadode vida e transporte seguro;	O HERSO já possui	Não necessita de ação corretiva.
g) Unidade de Terapia Intensiva (UTI), tipo II ou tipo III, conforme disposto na Portaria	O HERSO já possui	Não necessita de ação corretiva.

nº 3.432/GM/MS, de 12 de agosto de 1998, ou acesso garantido à UTI, conforme pactuação loco-regional;		
h) assistência farmacêutica, assistência nutricional, processamento e esterilização de roupas e materiais, transporte sanitário, higiene e limpeza, e demais serviços assistenciais e de apoio, próprios ou terceirizados, conforme normas vigentes; e	O HERSO já possui	Não necessita de ação corretiva.

REQUISITOS GERAIS	CONDIÇÃO ATUAL	PROPOSTA
i) equipe multiprofissional compatível com o porte e perfil assistencial do hospital, segundo o regramento vigente;	O HERSO já possui	Não necessita de ação corretiva.
IX - manter o prontuário único dos pacientes padronizados e com registros completos;	O HERSO já possui	Não necessita de ação corretiva.
X - atualizar de forma regular e sistemática os sistemas de alimentação obrigatória do SUS; e	O HERSO já possui	Não necessita de ação corretiva.
XI - garantir a implementação das seguintes ações de segurança do paciente:		
a) ter implementado Núcleo de Segurança do Paciente;	O HERSO já possui	Não necessita de ação corretiva.
b) ter elaborado um Plano de Segurança do Paciente;	O HERSO já possui	Não necessita de ação corretiva.
c) manter ativa a Notificação de Eventos Adversos (Notivisa);	O HERSO já possui	Não necessita de ação corretiva.
d) ter, no mínimo, implementados os protocolos de Identificação do Paciente e Higienização das Mãos; e	O HERSO já possui	Não necessita de ação corretiva.
e) desenvolver um plano de implantação dos demais protocolos, de acordo com operfil assistencial da instituição, a ser implementado no prazo máximo de 02 (dois) anos.	O HERSO já possui	Não necessita de ação corretiva.

10.2.2: ÁREA DA QUALIDADE

QUALIDADE SUBJETIVA: AVALIA MEDIDAS DE PROMOÇÃO DA RELAÇÃO HUMANA E APOIO SOCIAL NA COMUNIDADE INTERNA E EXTERNA DO HOSPITAL: ACOLHIMENTO E ATENDIMENTO

Acolhimento

Manual com indicação das formas de notificação, recepção, orientação social e apoio psicossocial aosusuários e acompanhantes na emergência conforme Classificação de Risco.

Manual com indicação das formas de notificação, recepção, orientação social e apoio psicossocial aosusuários e acompanhantes na emergência conforme Classificação de Risco.

O Acolhimento é apresentado como uma estratégia para reorganizar os serviços de saúde, dando ênfase e valorizando a humanização no trabalho de uma equipe, reconhecendo os usuários como possuidores do direito à prestação de um serviço de qualidade.

O acolhimento expressa uma atitude de inclusão, é uma ferramenta de construção de vínculo. O acolhimento se diferencia da triagem, pois se constitui numa ação de inserção do usuário que não termina na etapa da recepção, mas que deve ocorrer em todos os locais e momentos do serviço de saúde.

É perceptivo a mudança do olhar sobre o usuário, focando o trabalho da equipe de saúde no sujeito, entendendo que sujeito envolve o usuário, a família e a comunidade, e não na doença, como historicamente foi colocado.

A Política Nacional de Humanização – HumanizaSUS criada em 2003, entende a humanização como a valorização dos usuários, trabalhadores e gestores no processo de produção de saúde. Enfoca o valor do sujeito no processo de modo a potencializar a autonomia, ampliando a capacidade transformadora do sujeito sobre si, trazendo o conceito de responsabilidade compartilhada, da criação de vínculos solidários, da participação coletiva nos processos de gestão e de produção de saúde.

Nesse sentido, o HMTJ acredita que realizar um bom acolhimento resultará na criação e fortalecimento de vínculos com os usuários e comunidade em geral, na credibilidade e na confiança. Com isso, o acolhimento será uma prática de todos os colaboradores que atuarão no HERSO incorporando nas práticas assistenciais a escuta diferenciada e acolhedora que permite ouvir o sujeito de modo a conhecer seus pedidos, suas reais necessidades, e assim, realizar um atendimento com maior resolutividade e responsabilização.

O HMTJ entende que os hospitais devem fazer um projeto de acolhimento, contemplando etapas de discussão com equipes, capacitação inicial, definição e implementação de rotinas e fluxos. Para que o acolhimento seja apropriado, consideramos importante a adequação da área física, o dimensionamento das equipes e a compatibilização entre a oferta e a demanda por ações de saúde; a reorganização dos processos de trabalho; a governabilidade das equipes locais; e a multi/interdisciplinaridade nas práticas.

Os serviços de urgência e emergência sob gestão do HMTJ utilizam o acolhimento e protocolo de classificação de risco e vulnerabilidades específicas. O acolhimento com classificação de risco proporciona a redução de filas e do tempo de espera.

Os serviços são reorganizados, mudando a forma tradicional de entrada por filas e ordem de chegada; o trabalho em equipe deve ser aperfeiçoado, com a integração e complementaridade das atividades exercidas pelas categorias profissionais; deve ser pactuada com o usuário a resposta possível à sua demanda, de acordo com a capacidade do serviço.

Todos os profissionais de saúde do HMTJ são responsáveis pelo acolhimento, entretanto, as "portas de entrada", podem demandar a necessidade de profissionais de saúde preparados

para promover o primeiro contato com o usuário, identificando sua demanda, orientando-o quanto aos fluxos internos do serviço e quanto ao funcionamento da rede de saúde.

IMPLANTAÇÃO DO ACOLHIMENTO HUMANIZADO

O Acolhimento Humanizado é uma ferramenta de manejo clínico, empregada nos serviços de atenção à saúde, para efetuar a construção dos fluxos de pacientes quando a necessidade clínica excede a oferta. Essa ferramenta pretende assegurar a atenção médica de acordo com o tempo resposta de acordo com as necessidades do paciente.

Tem como objetivos:

- ✓ Ser instrumento capaz de acolher o cidadão e garantir um melhor acesso aos serviços de saúde;
- ✓ Humanizar o atendimento;
- ✓ Garantir um atendimento rápido e efetivo;
- ✓ Escuta qualificada do cidadão que procura os serviços de saúde;
- ✓ Classificar, as queixas dos usuários que demandam os serviços de saúde, visando identificar os que necessitam de atendimento médico mediato ou imediato;
- ✓ Construir os fluxos de atendimento considerando todos os serviços da rede de assistência à saúde;
- ✓ Funcionar como um instrumento de ordenação e orientação da assistência, sendo um sistema de regulação da demanda dos serviços de saúde

O acolhimento tem como propósito reconhecer os problemas de saúde e organizar a porta de entrada, viabilizar o primeiro contato por meio da equipe de saúde, humanizando o atendimento e alcançando a satisfação do usuário.

O objetivo é receber, escutar e oferecer uma atenção oportuna, eficaz, segura e ética aos cidadãos que proporcionará a integralidade das ações e a coordenação do cuidado, sendo necessário o comprometimento de toda equipe de saúde. Este deve ser entendido como um procedimento realizado por toda equipe de saúde em toda a atenção dispensada ao usuário.

É importante registrar que o HMTJ propõe que as atividades de acolhimento façam parte do processo de trabalho dos profissionais das unidades de saúde.

As ações voltadas para implantação de um serviço de acolhimento devem garantir o desenvolvimento das seguintes atividades:

- ✓ Tornar os ambientes mais acolhedores;
- ✓ Reorganizar processos de trabalho;
- ✓ Redirecionar as ações, se necessário;
- ✓ Sensibilizar a equipe da importância da prática do acolhimento e ações humanizadas.

Desse modo, o objetivo desta proposta é implantar um Serviço de Atendimento ao Cliente/Usuário, apresentando diretrizes da Política Nacional de Humanização, no que se refere à valorização das relações interpessoais entre usuários, familiares e profissionais de saúde, a partir do atendimento a ser realizado pela Enfermagem e pelo Serviço Social numa Unidade de Saúde.

A HMTJ possui larga experiência na elaboração, implantação e execução do protocolo de acolhimento com classificação de risco para tanto disponibiliza treinamento e reciclagem permanente de seus profissionais para que tal estratégia seja eficaz.

A equipe de acolhimento é formada por enfermeiro e técnico de enfermagem que realizam o acolhimento, bem como a classificação de risco, baseada em crivos técnicos capazes de mensurar a real necessidade, bem como o tempo de espera apropriado para cada cliente, porém seu maior benefício se encontra na escuta qualificada.

As equipes de acolhimento compostas pelos profissionais descritos no presente, serão selecionados com base na legislação dos conselhos de classe, sendo que para as funções pré estabelecidas deverão comprovar a especialização para o cargo pretendido, sendo ainda submetidos aos processos de integração e capacitação propostos pelo HMTJ com vistas a atender as determinações do edital supracitado, bem como o de satisfazer integralmente às necessidades da clientela atendida.

Além disso, o instituto propõe a educação permanente e continuada dos colaboradores.

IMPLANTAÇÃO DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

A Portaria 2048 do Ministério da Saúde propõe a implantação nas unidades de atendimento de urgências o acolhimento e a "triagem classificatória de risco". De acordo com esta Portaria, este 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"

A classificação de risco, além de organizar a fila de espera e propor outra ordem de atendimento que não a ordem de chegada, busca:

- ✓ Garantir o atendimento imediato do usuário com grau de risco elevado;
- ✓ Informar o usuário que não corre risco imediato e o tempo provável de espera;
- ✓ Promover o trabalho em equipe por meio da avaliação contínua do processo;
- ✓ Estimular a pactuação e a construção de redes internas e externas de atendimento.

A classificação de risco isoladamente não garante uma melhoria na qualidade da assistência. É necessário construir pactuações internas e externas, com a construção de fluxos claros por grau de risco, e a tradução destes na rede de atenção.

Os casos não agudos devem ser encaminhados para consulta eletiva e já devem sair com agendamento. O protocolo de classificação é uma ferramenta para auxiliar a avaliação da gravidade e do risco de agravamento e deve explicitar com clareza qual o encaminhamento a ser dado uma vez que o risco é classificado.

Recomendamos que o protocolo tenha no mínimo quatro níveis de classificação de risco e o uso preferencial de cores, e não de números, para a classificação (exemplo: vermelho, amarelo, verde, azul).

O acolhimento e classificação de risco recomendado pelo Ministério da Saúde (MS), utiliza-se da mesma lógica por cores e para 4 níveis de classificação, com definição dos níveis e critérios baseados em sinais e sintomas clínicos, priorizando o atendimento no grau de gravidade do paciente, como todos os modelos de classificação de risco em serviços de urgência e emergência existente.



Objetivos:

Para melhorar a procura espontânea, será adotado o sistema de Acolhimento com Avaliação e classificação de Risco. Adotando um sistema de triagem por classificação de cores (Vermelho, Amarelo, Verde e Azul), que atende o paciente, priorizando o grau de gravidade.
Com objetivo de priorizar urgência/emergência no atendimento, onde a classificação da gravidade é definida por cores. A avaliação de risco é realizada por um Enfermeiro, que avalia o paciente, classifica por gravidade e, esclarece ao paciente que necessita de atendimento primário, contudo não o dispensando, para que seja consultado por um profissional médico.

A Classificação de Risco de dará nos seguintes níveis:

- **VERMELHO: EMERGÊNCIA**

É destinada aos pacientes que se encontram em estado gravíssimo e com risco de morte, os quais necessitam de atendimento imediato, como quadros de queimadura em mais de 25% do corpo, problemas respiratórios, dor no peito relacionada à falta de ar, crises de convulsão, trauma cranioencefálico, tentativa de suicídio, parada cardiorrespiratória, hemorragias incontroláveis, entre outros.

- **LARANJA: MUITO URGENTE**

Essa cor é para casos considerados muito urgentes e com risco significativo de morte. O tempo de espera aproximado é de até 10 minutos. Abrange casos, como arritmia cardíaca sem apresentação de sinais de instabilidade, cefaleia intensa com rápida progressão, dores severas, etc.

- **AMARELO: URGENTE**

Abrange os casos urgentes de gravidade moderada com necessidade de atendimento médico, mas sem riscos imediatos. O tempo médio de espera é de até 60 minutos e classifica casos, como desmaios, dor moderada, vômito intenso, crises de pânico, hemorragia moderada, picos de hipertensão, alteração dos sinais vitais, entre outros quadros clínicos.

- **VERDE: POUCO URGENTE**

A cor verde é para casos considerados menos graves. O tempo de espera pode ser de até 2 horas e abrange pacientes com dores leves, torcicolo, enxaqueca, estado febril sem a presença de alterações vitais, resfriados e viroses, náuseas e tonturas, hemorragia controlada, asma não diagnosticada como quadro de crise, etc.

- **AZUL: NÃO URGENTE**

Por fim, a cor azul representa a classificação mais simples para casos que o paciente pode aguardar atendimento ou ser encaminhado para outra unidade de saúde. O tempo de espera pode ser de até 4 horas e envolve pacientes com queixas de dores crônicas, aplicação de medicação com receita, troca de sondas, entre outros.

Fluxo de Atendimento Interno:

Acolhimento e Recepção:

Paciente ao chegar à recepção do Hospital solicitando atendimento será acolhido e será comunicado a Enfermeira para avaliação e classificação de risco, a partir daí será direcionado segundo sua necessidade.

Avaliação e classificação de risco:

Após passarem na recepção, os pacientes deverão passar pela sala de Triagem onde serão aferidos os sinais vitais dos pacientes, e encaminhados conforme classificação de cores.

Classificação Vermelha:

Paciente deverá ser encaminhado à sala de emergência, onde será atendido pelo médico.

Classificação Amarela:

Paciente após classificação aguardará avaliação do médico na sala de observação

Classificação Verde:

Paciente após avaliação aguardará na recepção para o atendimento médico, no máximo em 2 horas.

Classificação Azul:

Paciente encaminhado para consulta médica de acordo com horário de chegada, deverá aguardar na recepção seu horário de atendimento e será orientado sobre o tempo de espera.

Fluxograma de classificação de risco



VERMELHOS: pacientes que deverão ser encaminhados diretamente à Sala de Emergência devido à necessidade de atendimento imediato

PRIORIDADE 0

- Múltiplas fraturas, Cortes, RNC, Fratura Exposta;
- Alteração do nível de consciência, movimentos tônico-crônicos;
- Dor torácica e/ou dor epigástrica associada com sudorese, vômitos, dor em aperto, facada agulhada com irradiação para um ou ambos os membros superiores associado a falta de ar e cianose,
- História de ingestão de substâncias tóxicas, medicamentosas, em doses elevadas;
- Tentativa de suicídio;
- Reação alérgica: cutâneas ou sistêmicas;
- Glicemia capilar menor que 70mg/dl ou maior que 250mg/dl; apresentando sudorese, alteração do estado mental, visão turva, hipotermia, vômitos, taquicardia, taquipneia;
- Falta de responsividade, ausência de movimentos respiratórios e ausência de pulso central;
- Perda de consciência: mesmo que seja momentânea;
- Presença de foco infeccioso com mais 2 sinais associados: Temperatura corpórea acima de 37,8º, taquicardia, hipotensão, alteração respiratória.
- Hipotensão, oligúria, frequência cardíaca menor que que 60 bpm, alterações respiratórias (maior que 20mr/m), hipotermia, sangramento evidente com alteração de sinais vitais;
- Desconforto respiratório intenso FR: maior que 20mr/min, sudorese, tosse com expectoração rosada, estertores em ausculta pulmonar;
- Alterações do nível de consciência, déficit de mobilidade, alterações psicomotoras, déficit sensório-motor;
- Ferimentos por arma de fogo ou arma branca;
- Alteração de padrão respiratório, sibilos na ausculta pulmonar ou saturação menor que 90;
- Integridade tissular prejudicada: lesões causadas por calor ou frio em mais de 25% da superfície corporal queimada.

- ❖ Frequência cardíaca menor que 50 ou maior 140bpm
- ❖ Pressão Arterial sistólica menor que 90 ou maior 250 mmhg
- ❖ Pressão Arterial Diastólica maior que 130mmhg
- ❖ Temperatura corpórea menor que 35º ou maior de 40° com sintomas, porém não correm risco de morte imediato.

AMARELA:

Paciente após classificação aguardará avaliação do médico da retaguarda clínica na sala de Observação

PRIORIDADE 1



- ❖ Dor intensa em região lombar associada a queda de pressão arterial, sudorese e palidez;
- ❖ Pressão Sistólica maior que 140mmHg e diastólica maior que 90mmHg e/ou presença de cefaléia, escotomas visuais, dor em região occipital.
- ❖ Rebaixamento de nível de consciência com Escala de Coma de Glasgow menor que 12;
- ❖ Glicemia capilar menor que 70 mg/dl ou maior que 250 mg/dl;
- ❖ Letargia, agitação ou confusão mental;
- ❖ Alteração de padrão respiratório, sibilos a ausculta pulmonar, saturação de oxigênio menor que 90%, cianose;
- ❖ Sangramento evidente sem alteração de sinais vitais;
- ❖ Doenças infecto contagiosas;
- ❖ Alteração comportamental e inconsciência, taquicardia, arritmia, sudorese, com ou sem alteração de sinais vitais causados por intoxicação exógena;
- ❖ Crise convulsiva a mais de24h;
- ❖ FC maior que 50 ou menor que 140 bpm;
- ❖ PA Sistólica maior que 100 ou menor que 150 mmHg - sintomático;
- ❖ PA Diastólica maior que 110mmHg – sintomático;
- ❖ Febre menor que 38,5;
- ❖ Dor abdominal intensa com náuseas e vômitos, sudorese, com alteração de sinais vitais;
- ❖ Sangramento nasal;
- ❖ IMUNODEPRIMIDOS: com febre;
- ❖ Acidente com material biológico;

VERDE: pacientes em condições agudas (urgência relativa) ou não agudas atendidos com prioridades sobre consultas simples-espera até2 horas

PRIORIDADE 2



- Idosos > 60 anos;
- Pacientes escoltados
- Deficientes físicos;
- Impossibilidade de deambulação;
- Retorno com o período inferior às 24h, devido a não melhora do quadro;
- Asma fora da crise;
- Cefaléia com alteração sensória perceptiva;
- Dor de ouvido leve a moderada;
- Dor lombar;
- Celulites e abscessos;
- Alteração comportamental sem alteração de sinais vitais (DNV)
- Intercorrências ortopédicas;
- Vômitos e diarreia sem sinais de desidratação;
- Convulsão – sem alteração de nível de consciência.

AZUL: demais condições não enquadradas nas situações/queixas acima.

Paciente encaminhado para consulta médica de acordo com horário de chegada, deverá aguardar na recepção seu horário de atendimento e será orientado sobre o tempo de espera.

PRIORIDADE 3



Pacientes com Queixas crônicas sem alterações agudas

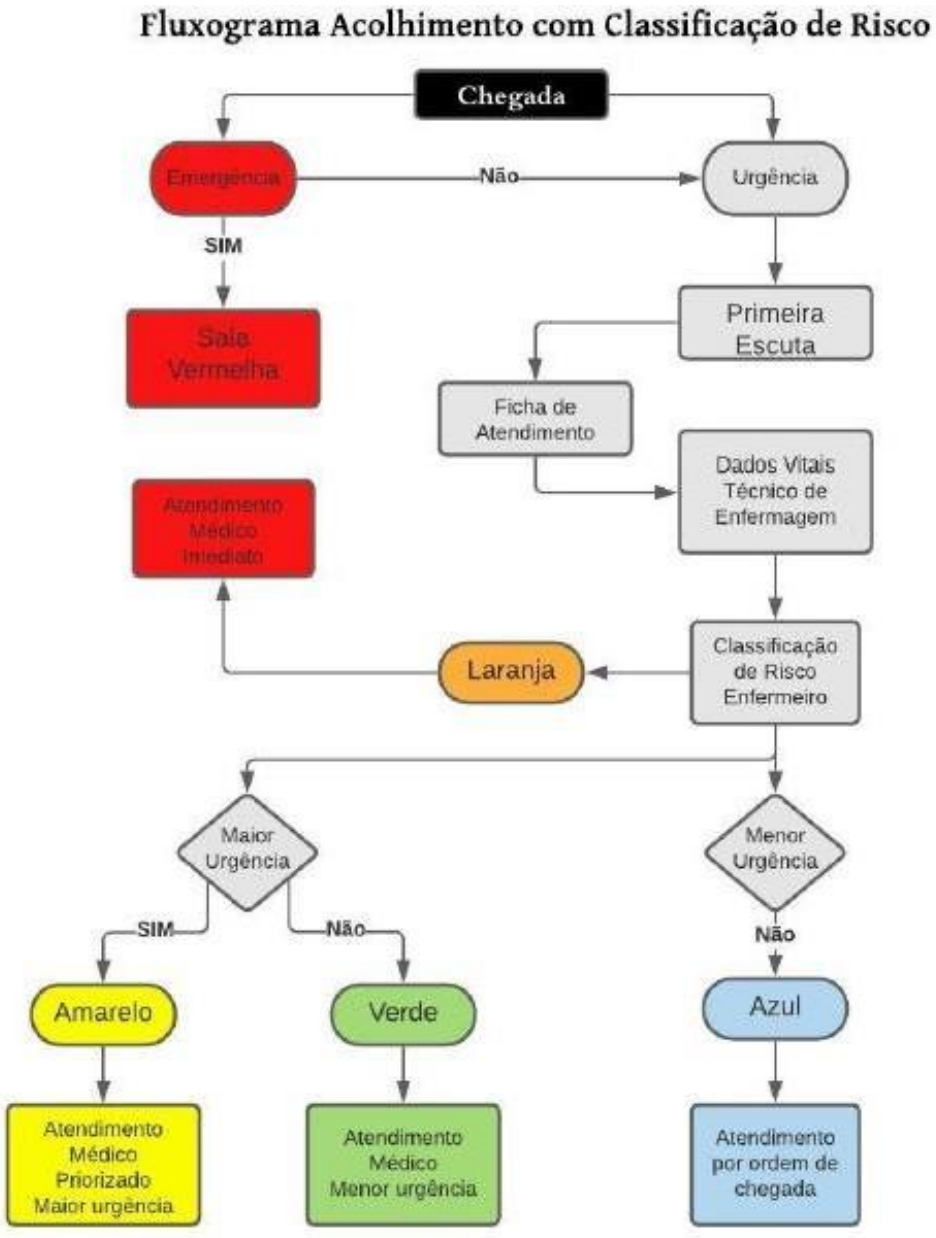
O USO DE PULSEIRAS PARA TRIAGEM DE PACIENTES

Para garantir a eficiência do método implantado alinharemos ao protocolo de triagem o uso de pulseiras de identificação. A adoção deste protocolo organiza o atendimento e pode adiar ou evitar caos no atendimento nos casos de superlotação.

O paciente ao chegar no Pronto Socorro e passar pela triagem para a avaliação e classificação, recebe uma pulseira de identificação com uma cor, conforme a gravidade.



FLUXOGRAMA DE ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:



PROTOCOLO DE ATENDIMENTO A PACIENTES COM NECESSIDADES ESPECIAIS

Atender prioritariamente - Não é só porque existe uma lei determinando isso, é uma questão de respeito e educação. O alcance visual de uma pessoa em cadeira de rodas é diferente daquele das pessoas que estão em pé na fila, já para pessoas que utilizam muletas, bengalas ou andadores, pessoas idosas (com idade igual ou superior a 60 anos), gestantes, ou pessoas com criança de colo, ficar muito tempo em pé representa um grande esforço. Por isso, elas devem ser atendidas o mais rapidamente possível.

É necessário adequar o espaço físico de acordo com as normas de acessibilidade considerando todos os portadores de necessidades especiais. Pode até parecer exagero, mas não é. Alguns pacientes desistem até de marcar uma consulta, ou mesmo buscar atendimento numa unidade de saúde, caso não recebam um atendimento qualificado. Por isso, o HMTJ acredita ser muito importante investir em treinamentos que possibilitem ao atendente proporcionar um serviço mais adequado para o público-alvo.

ORIENTAÇÃO E TREINAMENTO DA EQUIPE

Conscientizando cada profissional da equipe para que este possa se tornar um promotor de acessibilidade, verificando se a equipe e a unidade podem otimizar a prestação de serviços. Lembrando que não existe um perfil que defina todas as "pessoas com necessidades especiais", pois, entre elas, encontramos toda a diversidade humana; Evitar perguntas indiscretas e constrangedoras, como: "O que aconteceu para você ficar assim?" Ou comentários do tipo "Deve ser difícil não poder andar!".

Oferecer liberdade de escolha – Pergunte gentilmente o que querem e como desejam fazê-lo. Respeite a liberdade de escolha. Quando quiser alguma informação de uma pessoa com necessidade especial, dirija-se diretamente a ela, e não ao acompanhante, se houver algum.

Ajudar só quando for necessário - Quando quiser ajudar, se ofereça. Mas espere sua oferta ser aceita. Se a pessoa aceitar, procure perguntar qual a forma mais adequada para auxiliá-la.

USUÁRIOS CEGOS OU COM DEFICIÊNCIA VISUAL

Sorria através de gestos - Não deixe de apertar a mão de uma pessoa com deficiência visual ao encontrá-la ou ao despedir-se, o aperto de mão vai substituir o seu sorriso.

Devemos deixá-la segurar no nosso braço, de preferência no cotovelo ou no ombro, para que ela sinta nossos movimentos e possa nos acompanhar. Evite pegá-la pelo braço, sem permissão, e principalmente puxá-la com você, pois, além de ser perigoso, isso pode assustá-la, procure descrever todo o percurso, para situar melhor quem está sendo guiado.

Leia tudo em voz alta - Para facilitar a vida do cliente com deficiência visual, é importante ler em voz alta todos os documentos envolvidos no atendimento e orientações quanto aos procedimentos que serão realizados.

Não tocar no cão guia - lembre-se de que esses cães têm a responsabilidade de guiar um dono que não enxerga. O cão não pode ser desviado do seu dever de guia.

Usuários com deficiência física ou com mobilidade reduzida, ajude, mas não se apoie - A cadeira de rodas representa uma extensão do corpo da pessoa que a usa. Evitar apoiar-se em pessoas que utilizam muletas, bengalas ou andadores.

Respeite o ritmo de cada um – ao acompanhar uma pessoa com necessidades especiais que ande devagar, com o auxílio ou não de muletas, andadores ou bengalas, procure acompanhar o passo dela.

USUÁRIOS COM SURDEZ OU COM DEFICIÊNCIA AUDITIVA

Procure despertar a atenção - Para se comunicar com uma pessoa com surdez, posicione-se à frente dela e chame a sua atenção, seja sinalizando com a mão ou tocando seu braço.

Facilitar a leitura labial - Falar em tom normal de voz, de forma bem articulada, distinguindo palavra por palavra, mas não exagere. Falar alto não vai adiantar.

Evitar ficar contra a luz – Ao conversar com uma pessoa surda, tente ficar num local iluminado. Evite ficar contra a luz (de uma janela, por exemplo), pois isso dificulta a visualização do seu rosto.

Ser expressivo ao falar - As expressões faciais, os gestos e o movimento do seu corpo, indicando sentimentos de alegria, tristeza, surpresa ou sinceridade, substituem plenamente as mudanças sutis de tom de voz, que não são percebidas pelas pessoas com surdez. Falar sempre diretamente para a pessoa com surdez, mesmo que ela esteja acompanhada de alguém que faça uso da linguagem dos sinais.

Comunicar-se sempre - Normalmente, a voz de uma pessoa com surdez é diferente, pois ela não escuta o som que está emitindo, caso você tenha dificuldade para entender, fique à vontade e peça que ela repita, e mesmo se não entendeu peça que ela escreva. Lembre-se de que o importante é se comunicar.

USUÁRIOS IDOSOS

Não trate os idosos como se eles fossem crianças ou pessoas com problemas, trate-os com respeito e admiração. Nem todos os idosos precisam de ajuda, mas nunca deixe de oferecer auxílio caso sinta que a pessoa esteja passando por uma dificuldade.

Antecipar-se - Evite deixar uma pessoa idosa esperar muito tempo para ser atendida. Encaminhe-a para o atendimento prioritário.

USUÁRIOS COM PARALISIA CEREBRAL

Não as subestimar - Pessoas com paralisia cerebral podem ter dificuldades para andar, fazer movimentos involuntários com pernas e braços e apresentar expressões aparentemente estranhas no rosto. Lembre-se são pessoas comuns, como você, de inteligência normal, em alguns casos até acima da média;

Ao atende-las - Converse à vontade, se a pessoa tiver dificuldade na fala e você não compreender imediatamente o que ela está dizendo, peça gentilmente que ela repita.

ATENDIMENTO A PACIENTES VULNERÁVEIS

Objetivo

Regulamentar e assegurar a prioridade de atendimento a pacientes vulneráveis de acordo com o perfil de clientes da instituição baseado na Lei Federal nº 10.048 de 8 de novembro de 2000, do Congresso Nacional que determina prioridade de atendimento.

Definições: Pacientes vulneráveis:

- Pacientes com Risco de suicídio
- Pacientes com deficiência
- Pacientes privados de liberdade
- Pacientes com câncer
- Pacientes com transtornos mentais
- Pacientes que fazem uso de drogas
- Pacientes Imigrantes
- Pacientes vítimas de abuso
- Pacientes Imunodeprimidos
- Pacientes em Isolamento

Atendimento de Pacientes Vulneráveis na Emergência

- Devem ter prioridade de atendimento, na emergência e no pronto Atendimento, com exceção em casos de gravidade clínica de outros pacientes;
- Mediante necessidade de permanecer em atendimento na emergência ou pronto atendimento, bem como, após sua internação, nesses setores, deve ser permitido um acompanhante por 24 horas, estas orientações devem ser fornecidas pelo enfermeiro responsável das salas e liberadas, mediante avaliação dos mesmos;
- Os pacientes que estiverem internados na emergência e/ou no Pronto atendimento, com liberação clínica para transferência para unidade de internação devem ter prioridade de recebimento de leito em relação aos demais pacientes.
- Atendimentos Ambulatorial, CDI (exames eletivos) e Laboratório. Nestes setores os pacientes vulneráveis devem ter prioridade de atendimento em relação ao demais.

Paciente Interno

Pacientes em Terminalidade deverá ser oferecido tratamento diferenciado, como Isolamento social, em caso de acomodação semi-privativa, acompanhamento dos familiares, bem como, a liberação do período de visitas com objetivo de prestar uma assistência humanizada.

Estratégia para estruturação da informação aos usuários (pacientes e familiares)

A comunicação em saúde é uma das estratégias mais utilizada para orientar, divulgar e, sobretudo contribuir para que pessoas, comunidades possam reconhecer efetivamente a necessidade da promoção e educação em saúde e da participação coletiva nas decisões de matérias relacionadas à saúde.

A comunicação em saúde deve ser entendida de forma integralizada, considerando o sujeito na sua totalidade, suas dificuldades, seus anseios, e não meramente como o repasse de informações rebuscadas com o uso de termos técnico. Os sujeitos precisam ser os protagonistas, capazes de compreender a dinâmica do sistema de saúde, e que o mesmo possa usufruir destas informações de forma a viabilizar o acesso e a efetivação dos seus direitos.

O HMTJ entendendo esse processo de dificuldade de interlocução entre emissor e receptor de informações referentes aos serviços de saúde, apresenta também com estratégia a elaboração de banners enfocando os direitos dos cidadãos, os recursos existentes na comunidade, dentre outros, com vista a disseminar a população, informações que sejam significativas ao usuário.

No contexto da saúde, a comunicação eficiente depende de sua qualidade, e pode interferir na busca de uma vida saudável. Quando há uma comunicação de qualidade entre profissional de saúde e usuário de um serviço, este se sente mais motivado e encorajado a questionar, esclarecer dúvidas, reduzindo seu sofrimento e ansiedade gerados pelo mesmo, além de se sentir mais satisfeito.

Também trabalhamos com a política de acolhimento institucional e ouvidoria, sendo que encaminhamos todas as situações problemas para a resolutividade possível.

Ao chegar nas dependências do Hospital, o usuário será cadastrado pela equipe de recepção, tendo os seus dados pessoas registrados no sistema de prontuário. A recepção deverá atender de forma clara e objetiva, solicitando um documento de identificação e os dados sobre residência, números de contato, responsáveis, entre outros. Caso o usuário não porte nenhum documento, nos casos de urgência e emergência, o mesmo será registrado como 'desconhecido", devendo a recepção acionar o Serviço Social para que busque referências e informações sobre o paciente.

Após o cadastro, o sistema chamará o usuário, por meio de painel eletrônico, para o acolhimento que, no caso da urgência e emergência, será com a classificação de risco descrito logo abaixo:

Horário de Funcionamento: O serviço funcionará 24 horas, todos os dias da semana.
Equipe Necessária: 1 Enfermeiro, 1 Técnico de Enfermagem por turno e 1 médico.

Processo de comunicação e orientação aos usuários e familiares na emergência

As urgências e emergências nos remetem às condições de atendimento que exigem medidas terapêuticas mediatas e imediatas, em que existe risco de vida. Nesse sentido, podemos classificá-las como procedimentos de alta complexidade, havendo a necessidade de desenvolvimento de aparatos tecnológicos que reabilitem pessoas em menor tempo possível e com o menor grau de seqüelas.

Contudo, mesmo que a atenção seja voltada ao paciente, o familiar ali presente também necessita de atenção. Eles percebem e se preocupam com o que está acontecendo, sem, muitas vezes, entender a gravidade e o comportamento dos profissionais da saúde.

Nos casos de pacientes classificados como de 'emergência' (vermelho), os acompanhantes e familiares terão atendimento da psicologia quando acionado pelo Serviço Social com vistas a dar suporte psicossocial para o prognóstico, tratamento e desfecho do caso.

O apoio psicossocial será de grande valia em casos com risco eminente de morte ou para aqueles com indicação de transferência para leitos de maior suporte.

Nos casos de violência, caberá a equipe do Serviço Social e da Psicologia, realizar o acompanhamento da vítima e dos seus acompanhantes, acionando as entidades relacionadas (Conselho tutelar, Polícia Militar, entre outros), bem como realizar a notificação de violência como determinado pelo Ministério da Saúde.

No caso de usuário desacompanhados e 'desconhecidos", a busca por uma referência familiar ou social será realizada imediatamente com vistas a acionar o suporte familiar do usuário.

O HMTJ entende que cada família é única em suas particularidades, reagindo às condições adversas de vida de maneiras totalmente distintas. Deve ser vista como coparticipe do processo terapêutico, sendo inserida no plano de cuidados pelos profissionais de saúde que atuam na emergência.

É necessário que os trabalhadores em saúde utilizem o relacionamento terapêutico como instrumento promotor de saúde mental ao trabalhar com a dor e com o sofrimento dessas famílias, considerando-as não somente como meros acompanhantes, mas como uma unidade intrínseca de cuidados e relações.

O HMTJ tem por meta humanizar o atendimento dos seus pacientes durante a sua permanência no Pronto Socorro. Nosso principal objetivo é fazê-los sentir-se bem e seguro.

De acordo com a definição do Ministério da Saúde, 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. Acolher é um compromisso de resposta às necessidades dos cidadãos que procuram os serviços de saúde.

Pensando nisso, o HMTJ estabelece que os usuários que procurarão os serviços do Pronto Socorro serão acolhidos conforme estabelecido no nosso Programa de Acolhimento e Classificação de Risco, respeitando seus direitos e deveres, conforme definidos abaixo:

DIREITOS:

a. Obter um atendimento digno, atencioso e respeitoso por parte de todos os profissionais de saúde, sem discriminação de qualquer natureza.
b. Ser identificado e tratado pelo seu nome e sobrenome, e não por códigos, números, nome de sua doença ou de forma genérica, desrespeitosa ou preconceituosa.
c. Identificar o profissional por crachá, que deverá conter a fotografia do profissional, seu nome e setor legíveis, assim como ser mantido em local visível.
d. Obter informações claras, objetivas, respeitosas e compreensíveis sobre hipótese diagnóstica e ações terapêuticas, o que pode ocorrer delas, duração prevista dos tratamentos propostos, bem como os riscos de não realizá-los, se existe a necessidade ou não de utilização de anestesia, o tipo a ser aplicada e o instrumental a ser utilizado, as partes do corpo afetadas, os riscos e consequências indesejáveis e duração esperada do procedimento.
e. Ser prévia e expressamente informado, bem como consentir ou recusar de forma livre, voluntária e esclarecida, quando o tratamento proposto for, total ou parcialmente, experimental, ou fizer parte de protocolos de pesquisa.
f. Receber do profissional adequado, presente no local, auxílio para melhoria do seu conforto e bem estar.
g. Exigir que o hospital cumpra todas as normas de prevenção e controle de infecção hospitalar – conforme o regulamentado pelos órgãos competentes.
h. Ter seu prontuário elaborado de forma legível e de acesso ao conteúdo de acordo com a legislação vigente e as normas estabelecidas pelo Hospital. O prontuário deverá conter sua identificação pessoal, anamnese, exame físico, exames complementares com os respectivos resultados, hipóteses diagnósticas, diagnóstico definitivo, procedimentos ou tratamentos realizados, evolução e prescrição médica diária, bem como identificação clara de cada profissional prestador do cuidado, de acordo com os documentos padronizados pelo Hospital.
i. Ter sua privacidade, individualidade e integridade física, asseguradas em qualquer momento do atendimento, e na satisfação de suas necessidades fisiológicas, respeitando os seus valores éticos e culturais e a confidencialidade de toda e qualquer informação pessoal e segurança do procedimento;
j. Ter a gestante a presença do marido, companheiro ou outro acompanhante, por ela escolhido nos exames pré-natais e no parto;

k. Receber informações sobre medicamentos que lhe serão administrados. Receber informação, quando solicitar, sobre a procedência do sangue e hemoderivados e poder verificar, antes de recebê-los, os carimbos que atestam sua origem, sorologias efetuadas e prazo de validade. Todas essas informações deverão constar no prontuário do paciente.

l. Gestantes, idosos, crianças e adolescentes tem legalmente garantida prioridade de atendimento nos serviços de saúde, respeitadas as situações de urgência e emergência;

M. Em caso de menor, incapacidade ou impossibilidade de manifestação de consentimento, o mesmo poderá ser realizado por representante legalmente autorizado.

N. Ter livre acesso a qualquer procedimento diagnóstico e terapêutico disponível na Instituição, desde que indicado por médicos responsáveis.

O. Poder indicar familiar ou responsável para tomar decisões a respeito dos procedimentos diagnósticos ou terapêuticos, inclusive no que se refere a tratamentos, cuidados e procedimentos extraordinários para prolongamento da vida.

P. Ser o adolescente atendido, se desejar, sem acompanhante em consultas e outros atendimentos, com garantia de sua individualidade e confidencialidade e quanto ao acesso a recursos diagnósticos e terapêuticos, salvo quando a não revelação possa acarretar dano ao paciente. No entanto, frente a situações consideradas de risco e quando indicado qualquer procedimento de alguma complexidade, serão necessários a participação e o consentimento dos pais ou responsáveis.

Q. Ser informado sobre todos os direitos acima, sobre as normas e regulamentos da Pronto Socorro e sobre os canais de comunicação institucionais para obtenção de informações, esclarecimento de dúvidas, podendo expressar suas preocupações e queixas para a direção da Instituição através do Serviço de Atendimento ao Cliente.

DEVERES:

01) O paciente e/ou seu representante legal tem o dever de dar informações precisas e completas nas consultas e internações sobre o seu histórico de saúde, doença prévias, queixas, enfermidades e hospitalizações anteriores, história de uso de medicamentos, drogas, reações alérgicas e demais informações relacionadas à sua saúde.
02) Durante a internação deve utilizar somente as medicações prescritas pelo Hospital, salvo as autorizadas pelo médico responsável pelo seu atendimento e acompanhamento.
03) Expressar se compreendeu as informações e orientações recebidas, visando a cura dos agravos à sua saúde, a prevenção das complicações ou sequelas, sua reabilitação e a promoção de sua saúde, fazendo perguntas sempre que tiver dúvidas.

04) Informar ao profissional de saúde ou à equipe responsável sobre qualquer fato que ocorra em relação a sua condição de saúde.
05) Assumir a responsabilidade pela recusa a procedimentos, exames ou tratamentos recomendados e pelo descumprimento das orientações do profissional ou da equipe de saúde.
06) Indicar um familiar ou responsável para decidir em seu nome acerca de tratamento, caso esteja impossibilitado de fazê-lo.
07) Ter em mãos seus documentos e, quando solicitados, os resultados de exames que estejam em seu poder;
08) Zelar e solicitar que os seus visitantes, acompanhante e amigos contribuam para o bem-estar de todos nas dependências do Hospital, atendendo e respeitando a proibição de uso de fumo e derivados do tabaco, bebidas alcoólicas e ruídos, colaborando com a segurança e limpeza do ambiente.
09) Agir com urbanidade, cortesia e discrição nas dependências da Unidade, respeitando e fazendo ser respeitado por seu acompanhante e visitantes os direitos dos demais pacientes, empregados e prestadores de serviços, bem como as Normas e Regimento Interno.

10.2.2: ÁREA DA QUALIDADE

QUALIDADE SUBJETIVA: AVALIA MEDIDAS DE PROMOÇÃO DA RELAÇÃO HUMANA E APOIO SOCIAL NA COMUNIDADE INTERNA E EXTERNA DO HOSPITAL: ACOLHIMENTO E ATENDIMENTO

Acolhimento

Proposta e metodologia e instrução com definição de horários, critérios e medidas e controle de risco para as visitas aos usuários

Instrução com definição de horários, critérios, medidas de controle de risco para visita aos usuários

A Política Nacional de Humanização como uma política transversal, que valoriza todos os sujeitos envolvidos na produção de saúde, opera com várias diretrizes e dispositivos para fortalecer e ampliar a humanização dos processos de cuidado e de gestão.

Dentre as diretrizes/dispositivos destaca-se a visita aberta e direito de acompanhante, a Santa Casa compromete-se a implantar a visita aberta.

A Visita aberta é um dispositivo que amplia o acesso dos visitantes às unidades de internação para garantir o vínculo entre a pessoa hospitalizada, sua família, amigos, sua rede social e os serviços da rede de saúde. O acompanhante é alguém que representa a rede social do paciente e que acompanha o tratamento, apoiando e colaborando nos momentos necessários.

A presença de uma pessoa ligada a rede social fortalece a confiança, e faz bem à saúde do paciente, fazendo com que ele se sinta menos isolado. Possibilita que a equipe de trabalho colha informações mais precisas sobre a vida do doente contribuindo para uma análise diagnóstica mais ampla e um tratamento mais exitoso.

Quem tem direito a visita e acompanhante?

De acordo com a carta dos direitos dos usuários em saúde, as crianças, adolescentes, pessoas com deficiência e idosos têm direito a acompanhamento durante todo o período de internação.

A lei 11.108 de 07 de abril de 2005 dá à mulher o direito de ter, durante o trabalho de parto, parto e pós-parto, um acompanhante de sua escolha, e recomenda que a ambiência da maternidade seja adaptada para a oferta de um atendimento acolhedor, possibilitando que os pacientes possam receber seus acompanhantes e suas visitas com dignidade.

Como implantar a visita aberta e direito ao acompanhante?

- Promover atividades de sensibilização com todos os setores do hospital;
- Construir de forma coletiva os passos para a implantação, envolvendo o pessoal da portaria, administração, enfermarias, copa, laboratório, CCIH, etc;
- Adequar espaços para a permanência de visitas/acompanhantes fora dos quartos, como por exemplo, áreas verdes que podem ser adaptadas, varandas;
- Informar à comunidade e abrir espaço de discussão permanente sobre o dispositivo (rodas de conversa no hospital).

Observação

Os acompanhantes deverão ser maiores de 18 anos, ter condições físicas e emocionais equilibradas, não ser gestante. Nos casos de crianças de até 12 a nos incompletos ou adolescentes entre 12 e 18 anos, será permitida a permanência em tempo integral de um acompanhante desde que seja um dos pais e/ou responsável (em conformidade aos Arts.2 e 12 do ECA.

Visitas Religiosas

As visitas religiosas deverão ocorrer nos horários de visita já estabelecidos e deverão se limitar ao paciente solicitante.

Pronto-Socorro

- Usar o álcool gel ou lave as mãos com água e sabão sempre que chegar a Unidade de Pronto Socorro e antes de ir embora;
- Evitar tocar os olhos, nariz ou boca após contato com superfícies;
- Proteger com lenços a boca e o nariz ao tossir ou espirrar;
- Certificar-se de que o profissional também higienizou previamente as mãos. Nossos cuidadores sabem da importância dessa ação e têm o compromisso de prestar um cuidado seguro.

Na Internação

- O acompanhante deve ter idade igual ou superior a 18 anos e precisará da "autorização de acompanhante", após avaliação da enfermeira ou supervisora do setor de internação;
- Por motivos de segurança, a permanência de acompanhantes gestantes deve ser evitada;
- O acompanhante deverá permanecer sempre junto ao paciente. Não é permitido entrar em outras enfermarias;
- Em respeito à individualidade do paciente, somente será permitido acompanhante do mesmo sexo do interno;
- A troca de acompanhante fora dos horários estipulados deverá ser autorizada pelo enfermeiro supervisor;
- Caso necessário, os profissionais solicitarão aos acompanhantes e/ou visitantes que aguardem no hall do andar, durante a realização de determinados procedimentos;

- Em casos especiais, em que o acompanhante necessite se ausentar da unidade, o retorno do mesmo poderá ser realizado até as 11 horas, no período matutino; após as 17 horas, no período vespertino; e até as 22 horas, no período noturno;
- É obrigatória a devolução do crachá na Recepção Social. Em caso de perda ou extravio, o acompanhante deverá apresentar um boletim de ocorrência;
- Esteja atento aos seus pertences deixados no guarda-volumes, especialmente em caso de transferência ou alta hospitalar do paciente. Os objetos serão descartados, caso não sejam retirados em até 30 dias;
- Se estiver doente, evite acompanhar e/ou visitar. Mesmo infecções comuns, como resfriados, podem evoluir com complicações nos pacientes que estão internados;
- Não sentar nem colocar seus pertences, como bolsas e sacolas, sobre a cama do paciente;
- Não visitar pacientes em outros quartos, principalmente se estiverem em isolamento ou precaução;
- Não levar flores ou plantas para os pacientes. Elas podem ser fonte de insetos e bactérias;
- Evitar trazer alimentos. Se houver alguma necessidade especial, discuta com a equipe médica e a Nutrição. As refeições dos pacientes seguem os regimes dietéticos prescritos pelo médico assistente e pela equipe de nutrição. Para maior conforto e segurança, o HERSO também serve desjejum, almoço e jantar para o acompanhante.
- Durante a internação, o paciente recebe a medicação necessária para seu tratamento, de acordo com a prescrição médica. Nunca dê medicamentos ao paciente sem consentimento do médico responsável
- Traga objetos de higiene pessoal para uso do paciente, tais como: sabonete, desodorante, creme dental, escova de dente, barbeador, absorvente, chinelos etc;
- Comunique se houver dúvidas ou preocupações e, caso não compreenda as orientações pergunte novamente;
- Pergunte sobre o diagnóstico do paciente, os exames aos quais está sendo submetido, o plano de tratamento, os medicamentos que está recebendo e o porquê;
- Evite utilizar o telefone celular nas enfermarias, corredores e postos de enfermagem
- Devido às variadas influências sociais e culturais, evite o uso de roupas sumárias (roupas muito curtas, mini blusas, transparências, decotes pronunciados, shorts e outros) em ambiente hospitalar;
- Lembre-se: mantenha sempre o silêncio. O silêncio e a tranquilidade do ambiente hospitalar são fundamentais para a recuperação dos pacientes

Não é permitido:

- Fumar nas dependências do Hospital (Lei nº 8811, 02/06/2009);
- Falar alto e produzir barulhos excessivos;
- Manusear materiais e equipamentos utilizados no tratamento e monitoramento dos pacientes, tais como: soros, registros de oxigênio etc;
- Entrar ou permitir a entrada de alimentos e bebidas de qualquer natureza (exceto nos casos avaliados e autorizados pela Seção de Nutrição);
- Sentar ou deitar na cama do paciente ou no chão;
- Trazer travesseiros, lençóis, cobertores e/ou roupas de casa para o paciente;
- Entrar com aparelhos eletrônicos, como televisores, rádios, ventiladores ou circuladores de ar
- Ministrar medicação ao paciente, realizar curativos e outros procedimentos;
- Permanecer com os televisores institucionais ligados após as 22 horas;
- Circular em outras alas e enfermarias, além daquelas onde o paciente está internado;
- Filmar e fotografar nas dependências do hospital, o paciente e procedimentos realizados.

A autorização de permanência de acompanhantes poderá ser cancelada, caso haja descumprimento das normas descritas.

Não é permitido tirar fotografias e fazer filmagens, respeitando a Lei geral de proteção de dados.

HORARIOS PARA VISITAÇÃO

SETORES	REGRAS DE VISITAÇÃO	HORÁRIOS
Clínica Médica	É permitida a entrada de um visitante por vez, com limite de 2 trocas	14 h as 16H
Clinica Pediátrica	É permitida a entrada de um visitante por vez, com limite de 2 trocas	14h as 16h
Clínica Cirúrgica	É permitida a entrada de um visitante por vez, com limite de 2 trocas	14h as 16h
Clínica Cirúrgica Ortopédica	É permitida a entrada de um visitante por vez, com limite de 2 trocas	14h as 16h
UTI Adulto	É permitida a entrada de um visitante por vez, com limite de 1 troca	17h
UTI Pediátrica e Pronto-Socorro	É permitida a entrada de um visitante por vez, com limite de 1 troca	11h e 17h

10.2.2: ÁREA DA QUALIDADE

QUALIDADE SUBJETIVA: AVALIA MEDIDAS DE PROMOÇÃO DA RELAÇÃO HUMANA E APOIO SOCIAL NA COMUNIDADE INTERNA E EXTERNA DO HOSPITAL: ACOLHIMENTO E ATENDIMENTO

Atendimento

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

INSTRUÇÃO DE DEFINIÇÃO DE FORMAS DE ACOMODAÇÃO E CONDUTA PARA OS ACOMPANHANTES

O direito 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".

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.

Historicamente a saúde é marcada pelo viés autoritário nas práticas de gestores e trabalhadores, enquadrados por normas e procedimentos rígidos em relação ao acompanhante e à visita. Tais normas há muito não são questionadas e nem revistas.

No entanto, com o reconhecimento do direito a acompanhante e a visita aberta, um outro cenário se apresenta à realidade no SUS. A inclusão do familiar e do representante no espaço do cuidado provoca uma ressignificação do "lócus hospitalar" como difusor do cuidado público da saúde, ampliando seu papel na comunidade, na medida em que promove mudanças na organização do processo de trabalho e de produção de saúde, numa perspectiva de solidariedade e de responsabilidade coletiva, marcas da Política Nacional de Humanização.

Com esta visão o HMTJ irá implantar cartilhas normatizando as formas e as condutas para com os acompanhantes, sempre visando o acolhimento e a humanização.

INTRODUÇÃO

A proposta do projeto é atuar junto aos acompanhantes dos pacientes das unidades, demonstrando a importância da sua participação no processo saúde, doença e tratamento do paciente. É trabalhada a discussão da realidade hospitalar, normas e rotinas. "Acolher é dar acolhida, admitir, aceitar, dar ouvidos, dar crédito a agasalhar, receber, atender, admitir" (FERREIRA, 1975).

O Serviço Social atua como o principal articulador na relação família, equipe e instituição, tendo como um dos objetivos principais informar e socializar as regras institucionais, assim como, contribuir para a garantia dos direitos e deveres dos acompanhantes que muitas das vezes chegam na unidade sem qualquer tipo de informação.

OBJETIVOS

Objetivo Geral:

Desenvolver um trabalho de humanização e acolhimento aos acompanhantes de pacientes das unidades;

Objetivos Específicos:

- Integrar todos os setores (enfermeiros, psicólogo, nutricionista e fisioterapeutas) no processo de assistência aos pacientes e acompanhantes;
- Abrir espaço para questionamento, dúvida, orientação e reflexão;
- Possibilitar interação das questões trazidas pelos acompanhantes;
- Esclarecer direitos e deveres do acompanhante na unidade;
- Melhorar a interação acompanhante/equipe multidisciplinar visando o conforto do paciente durante sua permanência na Unidade de Saúde;
- Fortalecer o tratamento, estimulando a participação ativa da família;
- Socializar as informações aumentando o compromisso dos acompanhantes e o nível de conscientização quanto a necessidade de estar bem para ajudar o paciente nesta fase de internação;
- Debater a questão do que é ser acompanhante;

Metodologia:

O trabalho será desenvolvido através de reuniões com grupo de acompanhantes, com a participação direta da equipe multidisciplinar (Assistente Social, Enfermeiros, Fisioterapeutas e Psicólogo e Nutricionista).

A dinâmica ocorre através de sugestões da equipe e dos próprios acompanhantes para uma melhor abordagem no sentido de educar e orientá-los quanto às normas e rotinas da unidade, tendo como base a Educação em Saúde.

A reunião inicia-se com a distribuição do guia do paciente, cartilhas e folders para o acompanhante pelo assistente social.

Através das reuniões, grupos de discussão serão montados onde ocorrerão uma interação entre Serviço Social, Enfermagem, Fisioterapia e Psicologia, no que se refere às orientações sobre infecção hospitalar e demais questões levantadas sobre direitos e deveres do acompanhante. Todas as demandas apresentadas serão colocadas em discussão e na medida do possível tentaremos dar resolutividade encaminhando a questão ao setor e/ou profissional competente.

Utilizaremos recursos audiovisuais, dinâmicas de grupo e exercícios de relaxamento e alongamento com o objetivo de amenizar as dificuldades que ter um alguém internado proporciona, pois acreditamos que quem cuida também precisa de cuidados e atenção. As avaliações desse projeto serão realizadas a partir de observações, visitas às enfermarias e reuniões entre equipes, no intuito de buscar soluções para as demandas postas em prol de um bom atendimento multidisciplinar

Metas A Serem Alcançadas:

- Maior número de acompanhantes orientados sobre seus direitos e deveres;
- Diminuição de queixas a Serviço de Atendimento ao Usuário (SAU);
- Diminuição do foco de infecção por transmissões cruzadas e contato;
- Redução dos conflitos existentes entre família e equipe.

Além disso, a prática educativa contribuirá para a mudança, ampliação e percepção da população usuária dos serviços oferecidos. Este trabalho levará os usuários à reflexão e o entendimento do que é ser acompanhante, estimulando uma melhora no atendimento e no relacionamento entre o acompanhante e a equipe de saúde.

RECURSOS HUMANOS

- Assistentes Sociais,
- Enfermeiros,
- Nutricionista.

PERÍODO DE EXECUÇÃO

No período da vigência do Contrato

RECURSOS MATERIAIS

Papel, Impressos, Impressora, Materiais de Divulgação (Folders, Cartazes)

INFORMAÇÕES GERAIS

- Todos os pacientes terão direito a um (01) acompanhante, em especial pacientes com mais de 60 anos, menores de 18 anos, pessoas com deficiência ou que tenham dificuldade de locomoção;
- É permitido apenas acompanhante com dezoito (18) anos de idade ou mais;
- Pessoas com mais de sessenta (60) anos de idade, gestantes e pessoas com deficiência que não apresentarem boas condições de saúde não poderão ser acompanhantes;
- Somente é permitido acompanhante de mesmo sexo nas enfermarias femininas e masculinas, se for o caso. Exceções deverão ser autorizadas pela Gerência de Enfermagem;
- A troca de acompanhantes deverá ser informada e avaliada pelo enfermeiro supervisor sendo autorizada previamente;
- O acompanhante terá direito a uma cadeira para sua acomodação, que não poderá ser utilizada pelo paciente, salvo em casos tecnicamente indicados;
- Os profissionais de enfermagem e diagnóstico poderão solicitar aos acompanhantes e/ou visitantes que aguardem no hall/ala de convivência durante procedimentos;
- Não será permitida a entrada de acompanhantes ou visitantes com sinais de uso de drogas lícitas ou ilícitas;
- É proibida a entrada de bolsas, malas e sacolas de pacientes, acompanhantes e visitantes. Caso não haja alternativa, os pertences ficarão em guarda-volumes na recepção para que o acompanhante, ou outro responsável possa levá-los;
- Apenas objetos de valor e pessoais poderão permanecer com o paciente, acompanhante ou visitante;

➢ O acompanhante/visitante que não cumprir as normas descritas terá sua autorização de permanência cancelada.

É OBRIGATÓRIO (ACOMPANHANTES)

➢ Usar identificação fornecida pela recepção, em local visível;

➢ Devolver na recepção a etiqueta de identificação sempre que deixar temporária ou definitivamente a unidade, bem como se houver alta, transferência ou óbito do paciente ou nos casos em que for suspenso o direito de acompanhante;

➢ Higienizar as mãos sempre antes e depois do contato com o paciente;
➢ Não manipular os dispositivos do paciente, bem como equipamentos;
➢ Não ofertar alimentos sem autorização do profissional médico ou enfermeiro;
➢ Utilizar máscaras de proteção respiratória quando solicitado pelos profissionais (caso o paciente não possua, será fornecida)
➢ Utilizar as paramentações indicadas, quando necessário;





É PERMITIDO

- Trazer para a unidade para uso exclusivo do acompanhante 1 (uma) toalha, 1 (um) cobertor, roupas e objetos pessoais para ao período de observação;
- Auxílio nos cuidados com o paciente quando solicitado pela equipe de enfermagem (banho, mudança de posição, etc);
- Utilizar o telefone celular no hall/espaço de convivência/recepção;
- Assistir televisão no ambiente de convivência/recepção.



10.2.2: AREA DA QUALIDADE

QUALIDADE SUBJETIVA: AVALIA MEDIDAS DE PROMOÇÃO DA RELAÇÃO HUMANA E APOIO SOCIAL NA COMUNIDADE INTERNA E EXTERNA DO HOSPITAL: ACOLHIMENTO E ATENDIMENTO

PROPOSTA DE DESENVOLVIMENTO DAS AÇÕES DA OUVIDORIA VINCULADA A SES, COM PESQUISA DE SATISFAÇÃO.

Proposta de Desenvolvimento das Ações da Ouvidoria Vinculada à Secretaria de Saúde (SES) com Pesquisa de Satisfação

Nos serviços de saúde, pode ser percebido entre os profissionais e também entre os usuários que a resolutividade das demandas apresentadas por estes pode estar sendo comprometida pela subjetividade presente em cada caso, uma vez que há indícios de que a relação e a comunicação com eles não têm sido suficientes ou não se processam.

O documento-base do "HumanizaSus" para gestores e trabalhadores do SUS traz em seu bojo que a humanização é "a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores". Esta se fixa nos valores de autonomia e protagonismo dos sujeitos, de corresponsabilidade entre eles, de solidariedade dos vínculos estabelecidos, dos direitos dos usuários e da participação coletiva no processo de gestão.

A gestão social como inovação em política pública de saúde e o procedimento a ser aprendido constituem-se em uma nova modalidade de gerenciamento das políticas sociais, que exige modelos flexíveis e participativos que envolvam negociação e participação plural de uma variedade de interlocutores nas decisões e ações envolvidas nas diversas políticas. Assim, a gestão social é defendida como "um conjunto de instrumentos e estratégias para o encaminhamento de soluções mais eficazes e eficientes para as políticas sociais".

Nesta política, os sistemas de escuta qualificada funcionam como ferramenta de gestão para facilitar e institucionalizar o trabalho de transformação e a própria PNH, como estratégia de integralidade no tratamento conjunto de áreas de diferentes disciplinas da saúde que interferem no mesmo tipo de problema, ou seja, no modelo de atenção usuário.

É necessário identificar alguns procedimentos de gestão social na escuta qualificada de acordo com a PNH, como: ação da escuta e a produção de vínculo como atividade terapêutica; as maneiras de organização dos serviços de saúde; o uso ou não de saberes e afetos para a melhoria da qualidade das ações de saúde e o quanto esses saberes e afetos estão a favor da vida; a humanização das relações em serviço; a adequação da ambiência e a compatibilização entre a oferta e demanda por ações de saúde; a governabilidade das equipes locais e as formas de gestão vigentes na unidade de saúde. Evidencia-se, portanto, que esses achados poderão engendrar, nos profissionais, reflexões que acionem um novo pensar e agir cotidianos.

Os resultados sinalizam também que a sistematização de procedimentos de gestão social na escuta qualificada são ferramentas imprescindíveis para a tomada de decisões em relação à definição de gestão social da clínica, na obtenção de investimentos institucionais,

como capacitação para o setor, no monitoramento da humanização à saúde, na avaliação do impacto dessa gestão e da qualidade dos serviços prestados.

Nesta perspectiva, o Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus, na cogestão do Hospital, propõem a implementação da escuta qualificada pelo colaborador da Ouvidoria ou muitas vezes até pelo Serviço de Assistência Social e demais membros da equipe respaldado pelo acolhimento humanizado. Através do atendimento, poderá ser repassado ao usuário ou familiar o modelo de atenção prestado no serviço, desde a chegada do paciente até sua alta ou encaminhamento a outro serviço.

A Ouvidoria irá propiciar uma comunicação eficaz entre a unidade e seus usuários internos e externos, contribuindo para a melhoria contínua de seus processos e o aprimoramento dos serviços prestados.

A ouvidoria irá trabalhar com dois tipos de público: interno e externo. O público interno são os servidores/empregados da entidade que utiliza, de forma democrática, a ouvidoria como canal para manifestar seus anseios: denunciando, representando, elogiando, criticando ou sugerindo. A ouvidoria permite uma administração participativa.

Público externo: são pessoas ou grupos de pessoas que demandam os serviços oferecidos pela unidade e utilizam a ouvidoria como canal para se manifestarem. Assim, qualquer cidadão, seja interno ou externo, pode apresentar, sem ônus, manifestação à ouvidoria.

A constituição da ouvidoria das unidades será formalizada por ato administrativo do dirigente máximo da instituição. Definindo assim:

- O posicionamento da ouvidoria na estrutura organizacional da instituição;
- As competências da ouvidoria e as atribuições do (a) ouvidor (a), dentre outras: receber, examinar e encaminhar reclamações, sugestões, elogios, informações, denúncias e representações;
- Responder ao interessado acerca das manifestações apresentadas;
- Acompanhar as providências adotadas até a obtenção da solução que o caso requer;
- Sugerir a adoção de medidas visando o aperfeiçoamento na prestação do serviço público;
- Organizar e interpretar as informações colhidas das áreas técnicas sobre assuntos de sua competência;
- Estimular as ações de democracia participativa;

- Apoiar as ações de transparência, tanto na modalidade ativa quanto na passiva.

- O prazo para a área técnica responsável informar a ouvidoria sobre o assunto objeto da manifestação;

- O prazo para a ouvidoria dar resposta final ao cidadão;

- O dever de ampla colaboração dos dirigentes e servidores em prestar, com agilidade, as informações solicitadas pela ouvidoria;

- O apoio logístico do órgão congênere para a adequada estruturação do serviço de ouvidoria;

- A criação de fluxo que envolva a apresentação periódica de relatórios de desempenho e de efetividade da ouvidoria, a serem encaminhados a todos os setores da instituição, além de publicados na Internet.

Proposta Junto a SES:

A Ouvidoria desempenha um papel fundamental na promoção da transparência, da qualidade dos serviços e do fortalecimento do relacionamento entre a Secretaria de Saúde (SES), a Instituição e os usuários dos serviços de saúde.

Atuando ativamente no fortalecimento da comunicação e a interação entre a SES, as Instituições e os usuários dos serviços de saúde, proporcionando uma espécie de termômetro, em relação aos serviços prestados, permitindo identificar oportunidades de melhoria nos serviços de saúde oferecidos, por meio do feedback dos usuários, acompanhar a resolução dos problemas relatados pelos usuários, garantindo a transparência e a efetividade das ações tomadas pela Instituição, além de realizar pesquisas de satisfação periódicas para avaliar o nível de satisfação dos usuários em relação aos serviços pela Unidade.

O setor de ouvidoria será implementado através do Serviço de Atendimento ao Usuário (SAU) e as avaliações de satisfação dos serviços prestados pela instituição serão coletadas diretamente pelo representante do setor através de busca ativa e abordagem direta para tentativa de resolução imediata dos apontamentos ou resolução dos casos junto às equipes internas a médio prazo, com a garantia de retorno aos solicitantes, observando-se os princípios e diretrizes do SUS, bem como as normas pertinentes às Ouvidorias Públicas do Estado de Goiás

O principal objetivo das tratativas das ouvidorias será acolher as queixas, elogios, sugestões e demais consultas de informações advindas dos usuários dos serviços, que possam contribuir e fortalecer a assistência prestada pela unidade, procedendo com as análises e tratativas pertinentes e resposta aos munícipes.

Além disso, será um canal de comunicação ativo com os usuários, prestando informações sobre o funcionamento da unidade, serviços oferecidos, bem como fluxos internos e da rede municipal.

Os resultados obtidos após avaliação da satisfação, serão discutidos mensalmente junto ao nível gerencial da unidade, com definição de planos de melhoria e encaminhados para a Secretaria de Saúde através das prestações de contas.

Será assegurada a liberdade de realização de pesquisas de satisfação por todos os usuários que manifestem tal desejo de preencher os formulários que ficarão disponíveis para acesso irrestrito de todos e em locais estratégicos da operação (recepções dos pronto socorros, alas de internação e corredores internos principais).

Estruturação da Ouvidoria:

Através de um profissional capacitado e dedicado para atuar na Ouvidoria, com conhecimento em gestão de ouvidorias e habilidades de comunicação e resolução de problemas, será estabelecido um fluxo de trabalho claro e eficiente para o registro, encaminhamento, acompanhamento e resposta das manifestações dos usuários, registradas pelo sistema oficial de ouvidoria do Sus, vinculado a Ouvidoria Geral do Estado, bem como as Ouvidorias e manifestações de satisfações registradas no SAU da Instituição.

Além de um profissional dedicado a esta demanda, a qualificação adequada para que esse possa lidar com diversos tipos de demandas e oferecer soluções adequadas, e em tempo hábil ágil, cordial e efetiva, fornecendo orientações e encaminhando as demandas aos setores competentes é de extrema importância.

A equipe observará as seguintes e habilidades:

1. Ouvir e compreender: essa competência compreende, por exemplo, escutar com atenção e paciência, prevenir e mediar conflitos, orientar os

cidadãos quanto aos prazos, fluxos e ações desenvolvidas no âmbito da ouvidoria; e verificar se o cidadão demanda cuidados especiais.

2. Reconhecer os cidadãos como sujeitos de direitos: realizar ações que possibilitem o conhecimento, pela população, da missão e do modo de trabalho das ouvidorias públicas; informar aos cidadãos quais são os órgãos que devem ser acionados, quais são suas responsabilidades e de que forma a resposta pode ser cobrada; realizar atividades educativas; orientar a população quanto aos seus direitos de cidadania.

3. Qualificar as expectativas dos cidadãos de forma adequada: realizar ações de coleta e registro das informações fornecidas pelos cidadãos, conforme critérios estabelecidos pela CGE; consolidar e analisar as informações obtidas por meio do atendimento ao cidadão.

4. Responder aos cidadãos: orientar as áreas técnicas sobre os prazos e as rotinas a serem cumpridas; analisar as informações colhidas; acompanhar as providências adotadas até a obtenção da solução necessária ao caso; encaminhar ao cidadão resposta de qualidade e fácil compreensão

5. Demonstrar os resultados produzidos: participar da elaboração de relatórios de gestão e de diagnóstico dos serviços prestados no âmbito da Ouvidoria; sugerir medidas para o aperfeiçoamento na prestação do serviço público; apoiar ações de transparência e prestação de contas para a Administração Pública e para a sociedade.

Ampliação dos Canais de Comunicação:

A divulgação do canal será feita por meio de cartazes nas recepções, murais, e sítios eletrônicos, incentivando aos usuários a adesão do canal. Através da promoção de campanhas de divulgação com o objetivo de informar os usuários sobre a existência da Ouvidoria e os canais de comunicação disponíveis, será possível mensurar as necessidades, apresentadas nas manifestações, e como consequência promover análise de causa. Além de permitir permite que cada usuário escolha o meio mais conveniente para entrar em contato com a Ouvidoria, garantindo uma maior participação e engajamento dos usuários.

É fundamental garantir que os canais de comunicação estejam acessíveis e visíveis em todas as unidades de saúde, sites, redes sociais e materiais de divulgação do Hospital.

Para que os canais sejam amplamente divulgados, e que sua adesão possa apresentar resultados, será apresentado campanhas de divulgação e orientação sobre os canais de Ouvidoria, visando informar aos usuários sobre a existência desse canal de comunicação e como utilizá-lo adequadamente.

Registro e Tratamento das Manifestações:

Para garantir efetividade, qualidade e celeridade nas resoluções das demandas, bem como devida análise, através de um software de formulário, as manifestações feitas pela SES-GO, serão indexadas, afim de que sejam analisadas, identificada cada uma das situações, encaminhadas aos setores competentes tratadas mediante suas necessidades, e encaminhado retorno ao manifestante, com parecer.

A padronização desse fluxo, sendo um sistema de registro e tratamento das manifestações recebidas pela Ouvidoria, com prazos determinados, irá garantir a correta categorização, encaminhamento e acompanhamento das demandas e comunicação com os usuários durante todo o processo de resolução. Esse sistema permitirá uma gestão eficiente das manifestações, bem como a geração de relatórios periódicos para análise e tomada de decisões.

O recebimento das demandas, e análises iniciais feita por um profissional dedicado, permite um atendimento Personalizado e Resolutivo aos usuários, demonstrando empatia e comprometimento em atender suas demandas, e a integração através de uma ferramenta interna garante a este, o controle de todo o processo.

Ainda, a Lei Federal nº 13.460/2017 garante ao usuário de serviços públicos o direito de manifestar-se verbalmente, representando o maior percentual de meios de registros de Ouvidoria no Estado. Portanto, será destinado um espaço físico que acolha os manifestantes respeitando as normas de acessibilidade, próximo à porta de entrada do Hospital, devidamente sinalizado. Segundo o Guia de Orientações Básicas para Implantação de Ouvidorias do SUS no atendimento presencial:

- Espaço físico determinado;
- Boa localização, de fácil acesso e visibilidade do cidadão;
- Acessibilidade (rampa e banheiros adaptados);

- Equipamentos e mobiliário adequados para a realização do serviço;
- Disponibilidade de linha telefônica e acesso à internet;
- Espaço adequado para atendimento presencial, eventualmente com resguardo de sigilo.

Será oferecido o atendimento presencial e telefônico, sendo o profissional responsável pelo registro da manifestação no sistema de ouvidoria, inclusive pelo monitoramento e registro de manifestações recebidas por meio de outros meios, tais como e-mail, carta ou ofício.

Será feito o tratamento, a classificação da demanda, monitoramento da tramitação (quanto à qualidade da resposta e contagem de prazos) por meio de um software, integrado que permite o registro e a transcrição das demandas, feito envio da resposta, além do monitoramento de reativações em virtude de resposta insatisfatória ou negativas de acesso à informação.

Através da distribuição de demandas, gerencia a distribuição das respostas ao cidadão, poderá produzir relatórios, atualizar e controlas os prazos, promover participação dos setores, e amplo entendimento da situação, e dirigir quando necessário aos indicados para resposta.

Conforme as competências descritas no decreto estadual 9.270/2018, caberá à Ouvidoria instalada na Unidade:

1.. Promover e atuar diretamente na defesa dos direitos dos usuários de serviços públicos, nos termos da Lei federal nº 13.460, de 26 de junho de 2017;

2.. Receber, analisar e responder todas as manifestações que lhes forem encaminhadas;

3.. Receber, analisar e encaminhar os pedidos de acesso à informação de que trata a Lei estadual nº 18.025, de 22 de maio de 2013;

4.. Processar informações obtidas por meio das manifestações recebidas e das pesquisas de satisfação realizadas com a finalidade de subsidiar as ações de governo;

5.. Exercer articulação permanente com outras instâncias e mecanismos de participação e controle social;

6.. Produzir e analisar dados e informações sobre as atividades de ouvidoria realizadas, bem como propor e monitorar a adoção de medidas para a correção e prevenção de falhas e omissões na prestação de serviços públicos, caso necessário;

8.. Atuar em conjunto com os demais canais de comunicação com o usuário de serviços públicos, orientando os seus agentes acerca do tratamento relacionado a manifestações apresentadas pelos usuários;

9.. Executar ações de mediação e conciliação, bem como adotar outras medidas para a solução pacífica de conflitos entre servidores, cidadãos, usuários de serviços, órgãos e entidades referidos no §1º do art. 1º deste Decreto, com a finalidade de ampliar a resolutividade das manifestações recebidas e melhoria da efetividade das atividades.

É direito do cidadão receber um bom atendimento quando procura a administração pública. Ao buscar a ouvidoria, muito provavelmente, o manifestante já esgotou outras formas de relacionamento com o órgão público. Por isso, a interação com a ouvidoria precisa ser acolhedora e eficaz.

Uma conduta cortês, empática e respeitosa contribui na condução de um atendimento satisfatório. Atender no prazo e prestar a informação simples, clara, correta e suficiente também proporcionam uma melhor interação entre o poder público e a sociedade. Essas diretrizes estão elencadas na Lei Federal 13.460/2017, mas é possível prever um conjunto de atos para a condução de um bom atendimento:

1. Garantir ambiente adequado para a recepção da manifestação. Seja presencial ou outro meio de comunicação, o manifestante merece toda atenção e garantia de privacidade.
2. Perguntar o nome do manifestante, se apresente como colaborador disponível da Instituição, e se colocar à disposição para ouvir sua demanda.
3. Manter atualizado e capacitado quanto às normas, atividades e ações do Hospital para prestar a melhor informação no menor prazo possível.
4. Responda de forma clara e objetiva à manifestação. Caso não seja possível entregar a informação ou a solução da demanda imediatamente, explicar que a manifestação seguirá para conhecimento da área técnica e informe que este fluxo poderá ser acompanhado via sistema pelo manifestante.
5. Colocar-se à disposição, demonstre que a participação social no órgão é sempre bem-vinda e informe que as manifestações são consolidadas em relatório entregue à Direção da Unidade para orientar melhorias na gestão.

A legislação garante a possibilidade de comunicação por diversos dispositivos. Se o usuário optar pela ouvidoria, poderá acessá-la por diferentes meios, conforme descreve o Manual de Ouvidorias da OGU:

Formulário eletrônico: O meio mais utilizado pelo usuário da rede de ouvidorias de Goiás. Por meio de acesso à página do sistema e ouvidoria na internet, o cidadão escolhe o tipo de comunicação que deseja registrar, seleciona o órgão ao qual pretende enviar a mensagem e o assunto a que se refere. Após essa etapa, abrem-se campos obrigatórios: descrição dos atos ou fatos e especificação do local do fato. O sistema garante a possibilidade de envio de arquivo por anexo.

E-mail: Para garantir a oportunidade de acesso via e-mail, a ouvidoria deve divulgar o endereço eletrônico no site ou locais de visibilidade pública.

Formulário impresso: A ouvidoria imprime um formulário com campos pré-definidos para que o cidadão preencha.

Carta-ofício: O cidadão escreve livremente a sua mensagem e envia para a ouvidoria por meio dos serviços postais. Para viabilizar essa forma de comunicação, a ouvidoria precisa apenas divulgar seu endereço no site institucional.

Telefone: A Superintendência de Participação e Controle Social da CGE disponibiliza um serviço de atendimento por telefone (162), mas nada impede que as ouvidorias setoriais possam atender utilizando linhas telefônicas do órgão em que atuam.

Presencialmente: Em geral ocorre nas dependências do próprio órgão ou entidade, preferencialmente em espaço especificamente designado para essa finalidade, de forma a assegurar privacidade ao cidadão, e com a acessibilidade necessária.

Em todo caso, sempre que ouvidoria receba a manifestação por e-mail, formulário impresso, carta/ofício, telefone ou presencial, deve realizar imediatamente o registro no sistema da Instituição, formulário para registro de ouvidorias da Instituição, e dar seguimento conforme protocolo padrão.

Ao receber a manifestação, seja ela feita presencialmente, seja através da Ouvidoria SES-GO, o colaborador deverá observar a classificação da seguinte forma:

- Sugestão: Proposição de ideia ou formulação de proposta de aprimoramento de políticas e serviços prestados pela Administração Pública federal.
- Elogio: Demonstração, reconhecimento ou satisfação sobre o serviço oferecido ou atendimento recebido.
- Solicitação: Requerimento de adoção de providência por parte da Administração. Deve conter, necessariamente, um requerimento de atendimento ou serviço, podendo se referir a uma solicitação material ou não.
- Reclamação: Demonstração de insatisfação relativa a serviço público.
- Denúncia: Comunicação de prática de ato ilícito cuja solução dependa da atuação de órgão de controle interno ou externo.
- Informação: demanda que tenha por objeto um dado ou informação.

É importante também garantir que o desenho institucional da ouvidoria possibilite ao ouvidor capacidade para ser um interlocutor do interesse público dentro do Hospital. Ou seja, a ouvidoria precisa se situar no organograma da instituição como unidade estratégica e ser dotada de apoio e respaldo para encaminhar recomendações que de fato sejam ouvidas pela gestão.

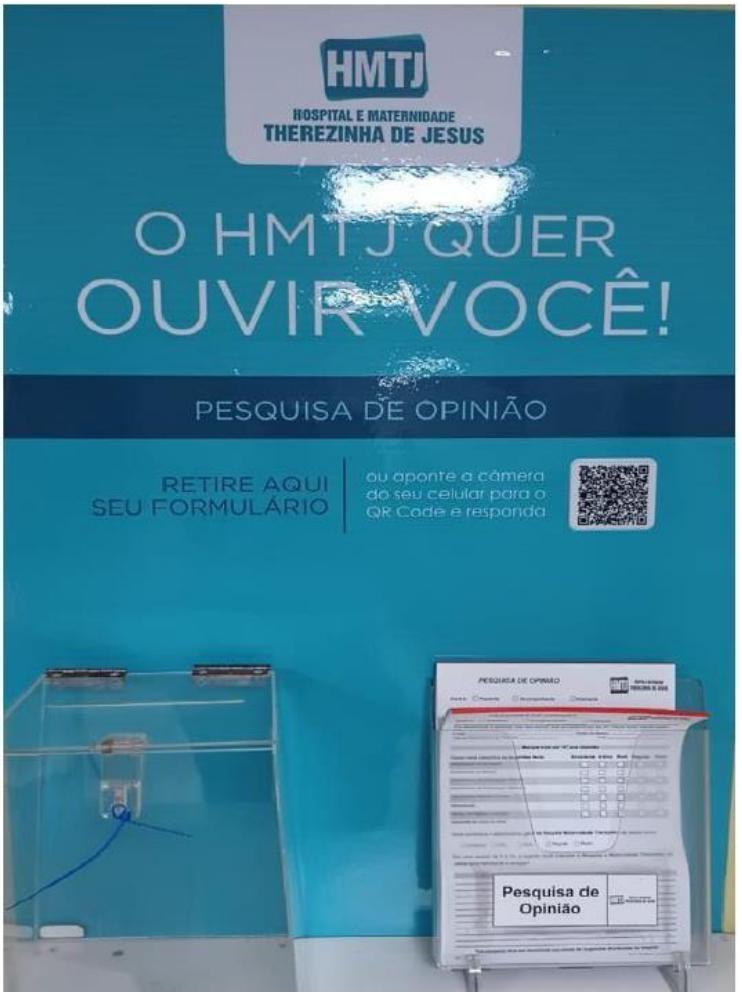
Esse trabalho será ser mais eficiente, uma vez que existirá um formulário eletrônico disponível para que o colaborador tramite a demanda, absorvendo dos seus mecanismos para a mensuração dos indicadores relacionados à atividade, tais como a organização de tarefas, etapas e responsabilidades específicas de cada profissional que trabalha na unidade.

Por meio do mapeamento de processos, é possível identificar situações que prejudicam o alcance dos objetivos da ouvidoria, reduzir fluxos e identificar possibilidades de melhorias. A ouvidoria do Conselho Nacional do Ministério Público (CNMP) publicou em 2016 um Manual de Processos. O documento detalha os fluxos dos processos que ocorrem na ouvidoria e identifica a que objetivo estratégico a Ouvidoria está alinhada.

FORMULÁRIO PARA PESQUISA

Como forma de padronizar a coleta de informações e avaliar a satisfação dos usuários, será mantida a utilização do formulário de pesquisa, conforme modelo abaixo já utilizado em outras unidades sob gestão do HMTJ, inclusive em sua matriz.

Este modelo poderá sofrer alterações, caso seja de interesse da Secretaria de Saúde incluir ou excluir alguma informação que julgue pertinente. Os formulários serão utilizados para a realização das pesquisas por busca ativa e para as pesquisas receptivas, estando disponíveis em urnas dispostas nos pontos estratégicos supracitado



Este modelo poderá sofrer alterações, caso seja de interesse da Secretaria de Saúde incluir ou excluir alguma informação que julgue pertinente. Os formulários serão utilizados para a realização das pesquisas por busca ativa e para as pesquisas

receptivas, estando disponíveis em urnas dispostas nos pontos estratégicos supracitados.

O modelo proposto visa avaliar com base em conceitos que vão de ruim a excelente os serviços que os munícipes tenham utilizado, pensando em toda a trajetória percorrida durante a permanência na unidade, quando da busca por atendimento, visitas ou informações.

Serão avaliados os serviços:

- Portaria,
- Recepção,
- Classificação de risco,
- Os serviços prestados pelos profissionais (médicos, enfermagem e outras categorias),
- Higiene, limpeza e conforto das instalações,

Trazendo uma visão abrangente e sistêmica da qualidade dos serviços prestados.

Neste formulário também há campo destinado ao detalhamento da manifestação, bem como uma avaliação global do serviço, classificando-o nos conceitos supracitados.

Os conceitos utilizados, tem o objetivo de facilitar a compreensão da percepção do munícipe quanto a qualidade do serviço, trazendo de maneira simples e rápida, uma forma de classificá-lo.

A avaliação da satisfação dos usuários, será realizada através da aplicação das pesquisas de satisfação, conforme modelo apresentado no tópico anterior.

Os critérios adotados para a realização da pesquisa são abrangentes, visando obter um nível confiável e diversificado da opinião sobre a qualidade do serviço prestado:

ANÁLISE DAS PESQUISAS DE SATISFAÇÃO

Todas as manifestações serão devidamente registradas, analisadas quanto as causas e fatores contribuintes, tratadas e, quando procedente, informadas ao usuário, quanto à sua conclusão.

Assim que o usuário buscar o serviço de ouvidoria para realizar alguma queixa, o profissional do setor, acolherá o usuário, buscando entender sua

necessidade e questionamento, averiguará o ocorrido, junto aos profissionais dos setores pertinentes ao apontamento e buscará a resolução do problema ou orientação ao usuário sobre a manifestação

Nos casos em que não seja possível a resolução imediata, o profissional solicitará ao usuário que registre a queixa em formulário específico para posterior análise e tratativa. Após o registro da queixa, o formulário será encaminhado para a área administrativa e/ou de enfermagem/médica, que serão responsáveis por buscar as causas que levaram à queixa, definir plano de ação para evitar a reincidência de novas queixas e implementar as medidas planejadas.

Em casos de elogio e/ou sugestão, o registro também será realizado no formulário e encaminhado para as áreas citadas tomarem ciência e divulgarem às equipes para analisarem à pertinência das sugestões.

As queixas de âmbito administrativo terão um prazo de até 72 horas para serem analisadas e tratadas. Já as queixas de âmbito técnico-assistencial, terão um prazo de até 48 horas para serem analisadas e tratadas.

As queixas, que evidenciem risco para a segurança do paciente deverão ser tratadas imediatamente, buscando a rápida resolução do problema e minimização do risco. Os usuários deverão ser informados quanto ao desfecho da análise e tratativa da queixa.

TABULAÇÃO DOS DADOS E INDICADORES

A realização da compilação das pesquisas, tabulação e geração dos indicadores, será realizada conforme modelo de planilha abaixo, onde serão atribuídos pesos para cada conceito atribuído, calculados os pontos possíveis e obtidos e verificado o índice de satisfação. O conceito "Ótimo" terá peso 10; o conceito "Bom", peso 7; o conceito "Regular", terá peso 3 e o conceito "Ruim" atribuirá peso 0 na avaliação

Mês / Ano

Nota / Peso	10	7	3	0				
Serviço Avaliado	ÓTIMO	BOM	REGULAR	RUIM	Total de respostas	Total de pontos possíveis	Total de pontos obtidos	Índice de Satisfação
PORTARIA	238	87	5	5	335	3350	3004	89,67%
RECEPÇÃO	221	101	4	9	335	3350	2929	87,43%
TRIAGEM E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO	194	92	32	17	335	3350	2680	80,00%
MÉDICO - ´CLÍNICO GERAL								#DIV/0!
MÉDICO – PEDIATRA								#DIV/0!
RAIOS-X								#DIV/0!
SALA DE MEDICAÇÃO								#DIV/0!
SALA DE INALAÇÃO / HIDRATAÇÃO								#DIV/0!
OBSERVAÇÃO MASCULINA								#DIV/0!
OBSERVAÇÃO FEMININA								#DIV/0!
OBSERVAÇÃO PEDIÁTRICA								#DIV/0!
SERVIÇO SOCIAL								#DIV/0!
HIGIENE E LIMPEZA								#DIV/0!
CONFORTO DAS INSTALAÇÕES								#DIV/0!
TEMPO DE ESPERA DO MÉDICO								#DIV/0!
TEMPO DE ESPERA DA ENFERMAGEM								#DIV/0!
TEMPO DE ESPERA DA RECEPÇÃO								#DIV/0!
INFORMAÇÕES PRESTADAS								#DIV/0!
TOTAL	653	280	41	31	1005	10050	8613	85,70%
								Índice de Satisfação

Portanto, a tabulação das pesquisas de satisfação, terá como resultado 2 (dois) indicadores:

• **Índice de Satisfação do Usuário** – obtido através do cálculo dos conceitos obtidos e respectivos pesos atribuídos, conforme demonstração no modelo de planilha acima e proporcionando uma avaliação mais direcionada para os serviços que, eventualmente, apresentem maior criticidade; e

• **Taxa de Satisfação Positiva ("Ótimo" e "Bom")** – obtido através do percentual de pesquisas respondidas com avaliação global igual a ótimo e/ou bom.

RECURSOS HUMANOS:

Para serviço de ouvidoria: O processo será realizado por colaboradores próprios, admitidos conforme CLT e em quantidade suficiente para realização do processo de ouvidoria, de acordo com as necessidades internas.

Para esta Organização Social é de extrema importância mensurar a percepção que as pessoas que trabalham na empresa têm das políticas, práticas, ambiente interno e das relações humanas. Orientar a priorização das ações de melhoria pós-pesquisa, bem como dos planos de ação oportunamente desenvolvidos visando o melhoramento contínuo das condições laborais e consequente melhoria do atendimento à população;

10.2.3 - QUALIDADE TÉCNICA

3. - QUALIDADE TÉCNICA

EXPERIÊNCIA ANTERIOR EM GESTÃO HOSPITALAR DA PROPONENTE:

3. - QUALIDADE TÉCNICA

EXPERIÊNCIA ANTERIOR EM GESTÃO HOSPITALAR DA PROPONENTE:

EXPERIÊNCIA DA ORGANIZAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL - OSC NA GESTÃO DE HOSPITAIS POR QUANTIDADE IGUAL OU SUPERIOR A 200 LEITOS

ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA

O MUNICÍPIO DE JUIZ DE FORA (CNPJ 18.338.178/0001-02), através da Secretaria Municipal de Saúde, com endereço na Av. Brasil 2001, 2º andar, Centro, Juiz de Fora/MG, e-mail secretariadesaude@pjf.mg.gov.br, ATESTA, para os devidos fins, que o Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus localizado à Rua Dr. Dirceu de Andrade, 33, Bairro São Mateus, nesta cidade, CEP: 36.025-330, CNPJ 21.583.042/0001-72, CNES 2153084, foi fundado em 1926, na cidade de Juiz de Fora, Minas Gerais e desempenha seu papel social há mais de 90 anos, comprometido com fundamentos éticos e morais, contribuindo efetivamente para a diminuição do sofrimento humano, com qualidade, competência e excelência no atendimento prestado à população de Juiz de Fora e Região.

Tornou-se Hospital de Ensino através da Portaria 1120 de 12 de maio de 2011, servindo como referência para o ensino, pesquisa e extensão para os alunos do curso de saúde da Faculdade de Ciências Médicas de Juiz de Fora e da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora – UFJF, oferecendo residência médica em várias especialidades como anestesiologia, cirurgia geral, clínica médica, obstetrícia e ginecologia, medicina em família e comunidade, ortopedia e traumatologia, cardiologia, cirurgia plástica, neurologia, pediatria, radiologia e diagnóstico por imagem, cirurgia do aparelho digestivo, cirurgia torácica, endoscopia, endocrinologia e metabologia, gastroenterologia, mastologia, medicina intensiva e neonatologia.

Em 01/10/2005, com a posse da nova Diretoria, o Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus, empenhada em aumentar a oferta de serviços à comunidade, aumentou o número de leitos e tornou-se hospital geral, impactando positivamente o sistema de saúde local.

Com a ampliação e enquadramento como hospital geral de grande porte, passou para 290 leitos ativos, sendo 240 leitos de internação em enfermaria, 40 leitos de UTI Adulto, 08 leitos neonatal e 02 leitos de UTI Pediátrica, todos destinados ao SUS, através do Contrato de Prestação de Serviços 01.2011.162 firmado com esta municipalidade em 20/05/2011 e renovado posteriormente através dos contratos 01.2016.171, 01.2018.124, 01.2018.125, 01.2020.060, 01.2020.163 e 08.2022.032, **com plena e ininterrupta vigência até a presente data**, em caráter hospitalar, ambulatorial e apoio diagnóstico e terapêutico aos usuários do SUS, de

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em quinta-feira, 31 de agosto de 2023 16:15:28 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

caráter eletivo e urgência/emergência, garantindo atenção integral a saúde, o qual encontra-se vigente até a presente data.
Realiza atendimento de demanda espontânea de ginecologia, obstetrícia, AVC, sendo referência de internação e ambulatorial à população de Juiz de Fora e macrorregião sudeste.

O Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus é habilitado para o Serviço de Assistência de Alta Complexidade em Cirurgia Cardiovascular Pediátrica e Adulto, Cardiologia Intervencionista (hemodinâmica) através da Portaria SAS MS Nº 291 de 08/04/2014, em Cirurgia Bariátrica, Traumato-Ortopedia e Oftalmologia e é Centro de Referência em Acidente Vascular Cerebral (AVC).

Por ser verdade, atestamos que a referida instituição cumpre com o contrato até a presente data, prestando contas regularmente, não havendo nada que desabone sua conduta.

Juiz de Fora, 22 de junho de 2023.

IVAN CHARLES FONSECA CHEBLI
Secretário de Saúde

Ivan Chebli
SECRETÁRIO DE SAÚDE
PREFEITURA DE JUIZ DE FORA

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em quinta-feira, 31 de agosto de 2023 16:15:28 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

Ficha de Estabelecimento Identificação

Data: 05/07/2023

CNES: 2153084 Nome Fantasia: HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS CNPJ: 21.583.042/0001-72

Nome Empresarial: HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE Natureza jurídica: ENTIDADES SEM FINS LUCRATIVOS

Logradouro: RUA DR DIRCEU DE ANDRADE Número: 33 Complemento: --

Bairro: SAO MATEUS Município: 313670 - JUIZ DE FORA UF: MG

CEP: 36025-330 Telefone: (32)4009-2277 Dependência: INDIVIDUAL Reg de Saúde: 0005

Tipo de Estabelecimento: HOSPITAL GERAL Subtipo: -- Gestão: MUNICIPAL

Diretor Clínico/Gerente/Administrador: IGOR VITOI CANGUSSU

Cadastrado em: 17/04/2002 Atualização na base local: 07/06/2023 Última atualização Nacional: 09/06/2023

Horário de Funcionamento: SEMPRE ABERTO

Caracterização

Atividade ensino/pesquisa	Código/natureza jurídica
HOSPITAL DE ENSINO	3999 - ASSOCIACAO PRIVADA

Atividade

Atividade	Nível de atenção	Gestão
AMBULATORIAL	MEDIA COMPLEXIDADE	MUNICIPAL
HOSPITALAR	MEDIA COMPLEXIDADE	MUNICIPAL

Atendimento

Tipo de atendimento	Convênio

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em quinta-feira, 31 de agosto de 2023 16:15:28 GMT-03:00, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

CERTIFICO O REGISTRO EM MICROFILME SOB O Nº 900 NO LIVRO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG: 04.116-0 - CA

Tipo de atendimento	Convênio
AMBULATORIAL	SUS
INTERNACAO	SUS
SADT	SUS
URGENCIA	SUS

Fluxo de clientela
03 - ATENDIMENTO DE DEMANDA ESPONTANEA E REFERENCIADA

Classificação Estabelecimento

Atividade Principal

01 - ASSISTENCIA A SAUDE

009 - INTERNACAO

Grupo > Atividade Secundária
01 - ASSISTENCIA A SAUDE > 001 - CONSULTA AMBULATORIAL

Classificação Estabelecimento Saúde

006 - HOSPITAL

Informações Gerais

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI SALLIL, em quinta-feira, 31 de agosto de 2023 16:15:28 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

Instalações físicas para assistência

Instalação	Qtde./Consultório	Leitos/Equipamentos
URGÊNCIA E EMERGÊNCIA		
CONSULTORIOS MEDICOS	3	0
SALA DE ATENDIMENTO INDIFERENCIADO	1	3
SAIA DE ATENDIMENTO A PACIENTE CRITICO/SALA DE ESTABILIZACAO	3	0
AMBULATORIAL		
CLINICAS ESPECIALIZADAS	34	0
SALA DE CIRURGIA AMBULATORIAL	1	0
HOSPITALAR		
LEITOS DE ALOJAMENTO CONJUNTO	30	0
LEITOS RN NORMAL	5	0
LEITOS RN PATOLOGICO	2	6
SALA DE CIRURGIA	1	0
SALA DE CIRURGIA	6	0
SALA DE CIRURGIA AMBULATORIAL	1	0
SALA DE CURETAGEM	1	0
SALA DE PARTO NORMAL	1	0
SALA DE PRE-PARTO	10	10
SALA DE RECUPERACAO	2	11

Serviços de

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em quinta-feira, 31 de agosto de 2023 16:15:28 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

Serviço	Característica
AMBULANCIA	TERCEIRIZADO
BANCO DE LEITE	TERCEIRIZADO
CENTRAL DE ESTERILIZACAO DE MATERIAIS	PROPRIO
FARMACIA	PROPRIO
LACTARIO	PROPRIO
LAVANDERIA	PROPRIO
NECROTERIO	PROPRIO
NUTRICAO E DIETETICA (S.N.D.)	PROPRIO E TERCEIRIZADO
S.A.M.E. OU S.P.P.(Serviço de Prontuario de Paciente)	PROPRIO
SERVICO DE MANUTENCAO DE EQUIPAMENTOS	PROPRIO E TERCEIRIZADO
SERVICO SOCIAL	PROPRIO

Serviços especializados

			Ambulatorial		Hospitalar	
Código	Serviço	Característica	SUS	Não SUS	SUS	Não SUS
130	ATENCAO A DOENCA RENAL CRONICA	PROPRIO	NÃO	NÃO	SIM	NÃO
130	ATENCAO A DOENCA RENAL CRONICA	PROPRIO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
130	ATENCAO A DOENCA RENAL CRONICA	TERCEIRIZADO	NÃO	NÃO	SIM	NÃO
169	ATENCAO EM UROLOGIA	TERCEIRIZADO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
170	COMISSOES E COMITES	PROPRIO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
151	MEDICINA NUCLEAR	TERCEIRIZADO	SIM	NÃO	SIM	NÃO

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em quinta-feira, 31 de agosto de 2023 16:15:28 GMT-03:00, CNS: 04.1 CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

127	SERVICO DE ATENCAO A OBESIDADE	PROPRIO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
107	SERVICO DE ATENCAO A SAUDE AUDITIVA	PROPRIO	SIM	NÃO	NÃO	NÃO
110	SERVICO DE ATENCAO A SAUDE REPRODUTIVA	PROPRIO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
112	SERVICO DE ATENCAO AO PRE-NATAL, PARTO E NASCIMENTO	PROPRIO	NÃO	NÃO	SIM	NÃO
116	SERVICO DE ATENCAO CARDIOVASCULAR / CARDIOLOGIA	PROPRIO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
105	SERVICO DE ATENCAO EM NEUROLOGIA / NEUROCIRURGIA	PROPRIO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
114	SERVICO DE ATENCAO EM SAUDE BUCAL	PROPRIO	NÃO	NÃO	SIM	NÃO
114	SERVICO DE ATENCAO EM SAUDE BUCAL	PROPRIO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
117	SERVICO DE CIRURGIA REPARADORA	PROPRIO	NÃO	NÃO	SIM	NÃO
119	SERVICO DE CONTROLE DE TABAGISMO	PROPRIO	NÃO	NÃO	SIM	NÃO
145	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	TERCEIRIZADO	NÃO	NÃO	SIM	NÃO
120	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR ANATOMIA PATOLOGICA EOU CITOPATO	TERCEIRIZADO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
121	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM	PROPRIO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
121	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM	TERCEIRIZADO	NÃO	NÃO	SIM	NÃO
122	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR METODOS GRAFICOS DINAMICOS	PROPRIO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
142	SERVICO DE ENDOSCOPIA	PROPRIO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
142	SERVICO DE ENDOSCOPIA	TERCEIRIZADO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
125	SERVICO DE FARMACIA	PROPRIO	NÃO	NÃO	SIM	NÃO
126	SERVICO DE FISIOTERAPIA	PROPRIO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
128	SERVICO DE HEMOTERAPIA	PROPRIO	NÃO	NÃO	SIM	NÃO
128	SERVICO DE HEMOTERAPIA	PROPRIO E TERCEIRIZADO	NÃO	NÃO	SIM	NÃO

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por ADRIANE MARIA GUARNIERI GALLO em quinta-feira, 31 de agosto de 2023 16:15:28 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

128	SERVICO DE HEMOTERAPIA	TERCEIRIZADO	NÃO	NÃO	SIM	NÃO
131	SERVICO DE OFTALMOLOGIA	PROPRIO	NÃO	NÃO	SIM	NÃO
133	SERVICO DE PNEUMOLOGIA	PROPRIO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
135	SERVICO DE REABILITACAO	PROPRIO	NÃO	NÃO	SIM	NÃO
135	SERVICO DE REABILITACAO	PROPRIO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
136	SERVICO DE SUPORTE NUTRICIONAL	PROPRIO	NÃO	NÃO	SIM	NÃO
155	SERVICO DE TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA	PROPRIO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
139	SERVICO DE TRIAGEM NEONATAL	PROPRIO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
140	SERVICO DE URGENCIA E EMERGENCIA	PROPRIO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
149	TRANSPLANTE	PROPRIO	SIM	NÃO	SIM	NÃO

Comissões e

Descrição
ETICA DE ENFERMAGEM
CONTROLE DE INFECCAO HOSPITALAR
CIPA
ANALISE DE OBITOS E BIOPISIAS
REVISAO DE DOCUMENTAÇAO MEDICA E ESTATISTICA
ETICA MEDICA
FARMACIA E TERAPEUTICA
APROPRIACAO DE CUSTOS
NOTIFICACAO DE DOENCAS

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por GUILHERME ALVARENGA SANTIAGO em quinta-feira, 31 de agosto de 2023 16:15:28 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

REVISAO DE PRONTUARIOS

NUCLEO DE SEGURANCA DO PACIENTE

INVESTIGACAO EPIDEMIOLOGICA

Serviços e Classificação

Código	Serviço	Classificação	Terceiro	CNES
119 - 001	SERVICO DE CONTROLE DE TABAGISMO	ABORDAGEM E TRATAMENTO DO FUMANTE	NÃO	NAO INFORMADO
149 - 015	TRANSPLANTE	ACOES PARA DOACAO E CAPTACAO DE ORGAOS E TECIDOS	NÃO	NAO INFORMADO
139 - 006	SERVICO DE TRIAGEM NEONATAL	ACOMP A PACIENTES DIAGNOSTICO DEFICIENCIA DE BIOTINIDASE	NÃO	NAO INFORMADO
139 - 005	SERVICO DE TRIAGEM NEONATAL	ACOMP A PACIENTES DIAGNOSTICO HIPERPLASIA ADRENAL CONGENITA	NÃO	NAO INFORMADO
112 - 001	SERVICO DE ATENCAO AO PRE-NATAL, PARTO E NASCIMENTO	ACOMPANHAMENTO DO PRE-NATAL DE RISCO HABITUAL	NÃO	NAO INFORMADO
116 - 008	SERVICO DE ATENCAO CARDIOVASCULAR / CARDIOLOGIA	ANGIOLOGIA	NÃO	NAO INFORMADO
126 - 004	SERVICO DE FISIOTERAPIA	ASSISTENCIA FISIOTERAPEUTICA CARDIOVASCULARES E PNEUMOFUNCI	NÃO	NAO INFORMADO
126 - 001	SERVICO DE FISIOTERAPIA	ASSISTENCIA FISIOTERAPEUTICA EM ALTERACOES OBSTETRICAS NEON	NÃO	NAO INFORMADO
126 - 002	SERVICO DE FISIOTERAPIA	ASSISTENCIA FISIOTERAPEUTICA EM ALTERACOES ONCOLOGICAS	NÃO	NAO INFORMADO
126 - 007	SERVICO DE FISIOTERAPIA	ASSISTENCIA FISIOTERAPEUTICA NAS ALTERACOES EM NEUROLOGIA	NÃO	NAO INFORMADO
126 - 005	SERVICO DE FISIOTERAPIA	ASSISTENCIA FISIOTERAPEUTICA NAS DISFUNCOES MUSCULO ESQUELET	NÃO	NAO INFORMADO
135 - 011	SERVICO DE REABILITACAO	ATENCAO FISIOTERAPEUTICA	NÃO	NAO INFORMADO
135 - 010	SERVICO DE REABILITACAO	ATENCAO FONOAUDIOLOGICA	NÃO	NAO INFORMADO
114 - 007	SERVICO DE ATENCAO EM SAUDE BUCAL	ATENDIMENTO A PESSOA COM DEFICIENCIA	NÃO	NAO INFORMADO
140 - 005	SERVICO DE URGENCIA E EMERGENCIA	ATENDIMENTO AO PACIENTE COM ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL (AVC)	NÃO	NAO INFORMADO
116 - 007	SERVICO DE ATENCAO CARDIOVASCULAR / CARDIOLOGIA	CARDIOLOGIA CLINICA	NÃO	NAO INFORMADO

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em quinta-feira, 31 de agosto de 2023 16:15:28 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

116 - 005	SERVICO DE ATENCAO CARDIOVASCULAR / CARDIOLOGIA	CARDIOLOGIA INTERVENCIONISTA (HEMODINAMICA)	NÃO	NAO INFORMADO
114 - 006	SERVICO DE ATENCAO EM SAUDE BUCAL	CIRURGIA BUCOMAXILOFACIAL	NÃO	NAO INFORMADO
116 - 003	SERVICO DE ATENCAO CARDIOVASCULAR / CARDIOLOGIA	CIRURGIA CARDIOVASCULAR (PEDIATRICO)	NÃO	NAO INFORMADO
114 - 005	SERVICO DE ATENCAO EM SAUDE BUCAL	CIRURGIA ORAL	NÃO	NAO INFORMADO
105 - 002	SERVICO DE ATENCAO EM NEUROLOGIA / NEUROCIRURGIA	COLUNA E NERVOS PERIFERICOS	NÃO	NAO INFORMADO
130 - 003	ATENCAO A DOENCA RENAL CRONICA	CONFECCAO INTERVENCAO DE ACESSOS PARA DIALISE	NÃO	NAO INFORMADO
128 - 002	SERVICO DE HEMOTERAPIA	DIAGNOSTICO EM HEMOTERAPIA	AMBOS	2153513
133 - 002	SERVICO DE PNEUMOLOGIA	DIAGNOSTICO EM PNEUMOLOGIA	NÃO	NAO INFORMADO
142 - 001	SERVICO DE ENDOSCOPIA	DO APARELHO DIGESTIVO	SIM	2153866
142 - 002	SERVICO DE ENDOSCOPIA	DO APARELHO RESPIRATORIO	NÃO	NAO INFORMADO
142 - 003	SERVICO DE ENDOSCOPIA	DO APARELHO URINARIO	NÃO	NAO INFORMADO
116 - 001	SERVICO DE ATENCAO CARDIOVASCULAR / CARDIOLOGIA	ELETROFISIOLOGIA	NÃO	NAO INFORMADO
136 - 001	SERVICO DE SUPORTE NUTRICIONAL	ENTERAL	NÃO	NAO INFORMADO
136 - 002	SERVICO DE SUPORTE NUTRICIONAL	ENTERAL PARENTERAL	NÃO	NAO INFORMADO
140 - 004	SERVICO DE URGENCIA E EMERGENCIA	ESTABILIZACAO DE PACIENTE CRITICO/GRAVE EM SALA DE ESTABILIZ	NÃO	NAO INFORMADO
122 - 003	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR METODOS GRAFICOS DINAMICOS	EXAME ELETROCARDIOGRAFICO	NÃO	NAO INFORMADO
122 - 004	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR METODOS GRAFICOS DINAMICOS	EXAME ELETROENCEFALOGRAFICO	NÃO	NAO INFORMADO
122 - 009	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR METODOS GRAFICOS DINAMICOS	EXAME ELETRONEUROMIOGRAFIA	NÃO	NAO INFORMADO
122 - 010	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR METODOS GRAFICOS DINAMICOS	EXAME VIDEOELETROENCEFALOGRAFIA	NÃO	NAO INFORMADO
120 - 001	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR ANATOMIA PATOLOGICA EOU CITOPATO	EXAMES ANATOMOPATOLOGICOS	SIM	2153556
145 - 001	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES BIOQUIMICOS	SIM	3154920

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em quinta-feira, 31 de agosto de 2023 16:15:28 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

120 - 002	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR ANATOMIA PATOLOGICA EOU CITOPATO	EXAMES CITOPATOLOGICOS	SIM	2153556
145 - 004	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES COPROLOGICOS	SIM	3154920
145 - 011	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES DE GENETICA	SIM	3154920
145 - 005	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES DE UROANALISE	SIM	3154920
145 - 010	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES EM OUTROS LIQUIDOS BIOLOGICOS	SIM	3154920
145 - 002	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES HEMATOLOGICOS E HEMOSTASIA	SIM	3154920
145 - 006	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES HORMONAIS	SIM	3154920
145 - 013	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES IMUNOHEMATOLOGICOS	SIM	3154920
145 - 009	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES MICROBIOLOGICOS	SIM	3154920
145 - 012	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES PARA TRIAGEM NEONATAL	SIM	3154920
145 - 003	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES SOROLOGICOS E IMUNOLOGICOS	SIM	3154920
145 - 008	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES TOXICOLOGICOS OU DE MONITORIZACAO TERAPEUTICA	SIM	3154920
125 - 006	SERVICO DE FARMACIA	FARMACIA HOSPITALAR	NÃO	NAO INFORMADO
105 - 006	SERVICO DE ATENCAO EM NEUROLOGIA / NEUROCIRURGIA	INVESTIGACAO E CIRURGIA DE EPILEPSIA	NÃO	NAO INFORMADO
110 - 003	SERVICO DE ATENCAO A SAUDE REPRODUTIVA	LAQUEADURA	NÃO	NAO INFORMADO
169 - 002	ATENCAO EM UROLOGIA	LITOTRIPSIA	SIM	7194889
151 - 001	MEDICINA NUCLEAR	MEDICINA NUCLEAR IN VIVO	SIM	2153572
151 - 001	MEDICINA NUCLEAR	MEDICINA NUCLEAR IN VIVO	SIM	6821901
128 - 004	SERVICO DE HEMOTERAPIA	MEDICINA TRANSFUSIONAL	NÃO	NAO INFORMADO
105 - 001	SERVICO DE ATENCAO EM NEUROLOGIA / NEUROCIRURGIA	NEUROCIRURGIA DO TRAUMA E ANOMALIAS DO DESENVOLVIMENTO	NÃO	NAO INFORMADO
105 - 008	SERVICO DE ATENCAO EM NEUROLOGIA / NEUROCIRURGIA	NEUROCIRURGIA FUNCIONAL ESTEREOTAXICA	NÃO	NAO INFORMADO

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em quinta-feira, 31 de agosto de 2023 16:15:28 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

105 - 004	SERVICO DE ATENCAO EM NEUROLOGIA / NEUROCIRURGIA	NEUROCIRURGIA VASCULAR	NÃO	NAO INFORMADO
170 - 001	COMISSOES E COMITES	NUCLEO DE SEGURANCA DO PACIENTE	NÃO	NAO INFORMADO
112 - 004	SERVICO DE ATENCAO AO PRE-NATAL, PARTO E NASCIMENTO	PARTO EM GESTACAO DE ALTO RISCO	NÃO	NAO INFORMADO
105 - 009	SERVICO DE ATENCAO EM NEUROLOGIA / NEUROCIRURGIA	POLISSONOGRAFIA	NÃO	NAO INFORMADO
128 - 003	SERVICO DE HEMOTERAPIA	PROCEDIMENTOS ESPECIAIS EM HEMOTERAPIA	SIM	2153513
140 - 006	SERVICO DE URGENCIA E EMERGENCIA	PRONTO ATENDIMENTO CLINICO	NÃO	NAO INFORMADO
140 - 008	SERVICO DE URGENCIA E EMERGENCIA	PRONTO ATENDIMENTO OBSTETRICO	NÃO	NAO INFORMADO
140 - 019	SERVICO DE URGENCIA E EMERGENCIA	PRONTO SOCORRO GERAL/CLINICO	NÃO	NAO INFORMADO
140 - 013	SERVICO DE URGENCIA E EMERGENCIA	PRONTO SOCORRO OBSTETRICO	NÃO	NAO INFORMADO
121 - 001	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM	RADIOLOGIA	NÃO	NAO INFORMADO
121 - 006	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM	RADIOLOGIA INTERVENCIONISTA	NÃO	NAO INFORMADO
135 - 005	SERVICO DE REABILITACAO	REABILITACAO AUDITIVA	NÃO	NAO INFORMADO
135 - 003	SERVICO DE REABILITACAO	REABILITACAO FISICA	NÃO	NAO INFORMADO
135 - 002	SERVICO DE REABILITACAO	REABILITACAO INTELECTUAL	NÃO	NAO INFORMADO
135 - 004	SERVICO DE REABILITACAO	REABILITACAO VISUAL / MENTAL / MULTIPLAS DEFICIENCIAS	NÃO	NAO INFORMADO
121 - 004	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM	RESSONANCIA MAGNETICA	SIM	7916698
155 - 001	SERVICO DE TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA	SERVICO DE TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA	NÃO	NAO INFORMADO
155 - 003	SERVICO DE TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA	SERVICO DE TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA DE URGENCIA	NÃO	NAO INFORMADO
155 - 002	SERVICO DE TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA	SERVICO DE TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA PEDIATRICA(ATE 21 ANOS)	NÃO	NAO INFORMADO
122 - 002	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR METODOS GRAFICOS DINAMICOS	TESTE DE HOLTER	NÃO	NAO INFORMADO
122 - 001	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR METODOS GRAFICOS DINAMICOS	TESTE ERGOMETRICO	NÃO	NAO INFORMADO

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em quinta-feira, 31 de agosto de 2023 16:15:28 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

121 - 003	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA	NÃO	NAO INFORMADO
127 - 001	SERVICO DE ATENCAO A OBESIDADE	TRAT. CLINICO CIRUR. REPARADOR E ACOMP PACIENTE C/ OBESIDADE	NÃO	NAO INFORMADO
131 - 003	SERVICO DE OFTALMOLOGIA	TRATAMENTO CIRURGICO DO APARELHO DA VISAO	NÃO	NAO INFORMADO
130 - 001	ATENCAO A DOENCA RENAL CRONICA	TRATAMENTO DIALITICO-HEMODIALISE	SIM	2109190
130 - 001	ATENCAO A DOENCA RENAL CRONICA	TRATAMENTO DIALITICO-HEMODIALISE	NÃO	NAO INFORMADO
130 - 005	ATENCAO A DOENCA RENAL CRONICA	TRATAMENTO DIALITICO-PERITONEAL	SIM	2109190
130 - 005	ATENCAO A DOENCA RENAL CRONICA	TRATAMENTO DIALITICO-PERITONEAL	NÃO	NAO INFORMADO
117 - 002	SERVICO DE CIRURGIA REPARADORA	TRATAMENTO EM QUEIMADOS	NÃO	NAO INFORMADO
105 - 007	SERVICO DE ATENCAO EM NEUROLOGIA / NEUROCIRURGIA	TRATAMENTO ENDOVASCULAR	NÃO	NAO INFORMADO
130 - 004	ATENCAO A DOENCA RENAL CRONICA	TRATAMENTO NEFROLOGIA EM GERAL	NÃO	NAO INFORMADO
105 - 005	SERVICO DE ATENCAO EM NEUROLOGIA / NEUROCIRURGIA	TRATAMENTO NEUROCIRURGICO DA DOR FUNCIONAL	NÃO	NAO INFORMADO
130 - 006	ATENCAO A DOENCA RENAL CRONICA	TRATAMENTO PRE DIALITICO	NÃO	NAO INFORMADO
107 - 006	SERVICO DE ATENCAO A SAUDE AUDITIVA	TRIAGEM AUDITIVA NEONATAL	NÃO	NAO INFORMADO
105 - 003	SERVICO DE ATENCAO EM NEUROLOGIA / NEUROCIRURGIA	TUMORES DO SISTEMA NERVOSO	NÃO	NAO INFORMADO
121 - 002	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM	ULTRASONOGRAFIA	NÃO	NAO INFORMADO
110 - 004	SERVICO DE ATENCAO A SAUDE REPRODUTIVA	VASECTOMIA	NÃO	NAO INFORMADO

Outros

Nível de hierarquia	Tipo de unidade	Turno de atendimento
	HOSPITAL GERAL	ATENDIMENTO CONTINUO DE 24 HORAS/DIA (PLANTAO:INCLUI SABADOS, DOMINGOS E FERIADOS)

Hospital avaliado segundo o NBAH do MS
NÃO

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em quinta-feira, 31 de agosto de 2023 às 10:28 GMT-0300. CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

Hospitalar - Leitos

Descrição	Leitos Existentes	Leitos SUS
COMPLEMENTAR		
UNIDADE DE CUIDADOS INTERMEDIARIOS NEONATAL CANGURU	2	0
UNIDADE DE CUIDADOS INTERMEDIARIOS NEONATAL CONVENCIONAL	7	0
UTI ADULTO - TIPO II	40	40
UTI CORONARIANA TIPO II - UCO TIPO II	10	0
UTI NEONATAL - TIPO II	8	8
UTI PEDIATRICA - TIPO II	2	2
ESPEC - CIRURGICO		
CARDIOLOGIA	3	3
CIRURGIA GERAL	29	29
GINECOLOGIA	10	10
NEUROCIRURGIA	4	4
ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA	12	12
ESPEC - CLINICO		
CLINICA GERAL	92	92
NEUROLOGIA	30	30
OBSTETRICO		
OBSTETRICIA CIRURGICA	30	30
OBSTETRICIA CLINICA	5	5

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em quinta-feira, 31 de agosto de 2023 16:15:28 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

Descrição	Leitos Existentes	Leitos SUS
PEDIATRICO		
PEDIATRIA CIRURGICA	5	5
PEDIATRIA CLINICA	15	15

Habilitações

Código	Descrição	Origem	Competência Inicial	Competência Final	Portaria	Data Portaria	Leitos SUS	Data do Lançamento	Data da Atualização
0203	ASSISTÊNCIA DE ALTA COMPLEXIDADE AO INDIVÍDUO COM OBESIDADE	NACIONAL	10/2016	99/9999	PT GM 2055	18/10/2016		24/10/2016	24/10/2016
0503	UNIDADE DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA EM OFTALMOLOGIA	NACIONAL	08/2017	99/9999	PT GM 2085	18/08/2017		21/08/2017	21/08/2017
0801	UNIDADE DE ASSISTENCIA DE ALTA COMPLEXIDADE CARDIOVASCULAR*	NACIONAL	04/2014	99/9999	SAS 1007	07/10/2014		14/10/2014	29/04/2014
0803	CIRURGIA CARDIOVASCULAR E PROCEDIMENTOS EM CARDIOLOGIA INTERVENCIONISTA	NACIONAL	04/2014	99/9999	SAS 1007	07/10/2014		14/10/2014	29/04/2014
0804	CIRURGIA CARDIOVASCULAR PEDIATRICA	NACIONAL	04/2014	99/9999	SAS 1007	07/10/2014		14/10/2014	29/04/2014
0814	QUALISUS CARDIO NIVEL D	NACIONAL	09/2022	99/9999	3670/GM/MS	29/09/2022		30/09/2022	30/09/2022
1617	CENTRO DE ATENDIMENTO DE URGENCIA TIPO III AOS PACIENTES COM AVC	NACIONAL	09/2020	99/9999	PT SAES 772	21/08/2020		03/09/2020	03/09/2020
1901	LAQUEADURA	LOCAL	08/2007	99/9999	PORTARIA Nº 526/SSSDA	04/04/2014	0	07/06/2023	09/06/2023
1902	VASECTOMIA	LOCAL	08/2007	99/9999	PORTARIA Nº 526/SSSDA	04/04/2014	0	07/06/2023	09/06/2023
2301	UNIDADE DE ASSISTENCIA DE ALTA COMPLEXIDADE EM TERAPIA NUTRICIONAL*	NACIONAL	08/2013	99/9999	SAS 899	12/08/2013		23/08/2013	23/08/2013
2304	ENTERAL E PARENTERAL	NACIONAL	08/2013	99/9999	SAS 899	12/08/2013		23/08/2013	23/08/2013
2501	UNIDADE DE ASSISTENCIA DE ALTA COMPLEXIDADE EM TRAUMATO-ORTOPEDIA*	NACIONAL	09/2016	99/9999	PT SAS 1263	26/09/2016		28/09/2016	28/09/2016
2601	UTI II ADULTO	NACIONAL	10/2008	99/9999	SAS 919	25/09/2014	40	20/01/2023	20/01/2023

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUANIERI GALIL, em quinta-feira, 31 de agosto de 2023 16:15:28 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

Código	Descrição	Origem	Competência Inicial	Competência Final	Portaria	Data Portaria	Leitos SUS	Data do Lançamento	Data da Atualização
2603	UTI II PEDIATRICA	NACIONAL	04/2010	99/9999	PT SAS 160	13/04/2010	2	13/04/2010	13/04/2010
2610	UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL TIPO II - UTIN II	NACIONAL	08/2014	99/9999	SAS 750	25/08/2014	8	28/08/2014	28/08/2014
2901	VIDEOCIRURGIAS	LOCAL	10/2007	99/9999	PORTARIA Nº 598/SSSDA	04/04/2014	0	07/06/2023	09/06/2023

Data desativação: -- Motivo desativação: --

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em quinta-feira, 31 de agosto de 2023 16:15:28 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

3. - QUALIDADE TÉCNICA

EXPERIÊNCIA ANTERIOR EM GESTÃO HOSPITALAR DA PROPONENTE:

EXPERIÊNCIA DA ORGANIZAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL - OSC NA GESTÃO DE HOSPITAIS POR QUANTIDADE IGUAL OU SUPERIOR A 100 LEITOS E INFERIOR A 200 LEITOS.

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em quinta-feira, 31 de agosto de 2023 16:15:28 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

Governo do Estado do Rio de Janeiro
Secretaria de Estado de Saúde

ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA

Considerando que o Contrato de Gestão n° 032/2012, celebrado entre a Secretaria de Estado de Saúde e Organização Social de Saúde Hospital Maternidade Therezinha de Jesus, possui por objeto a gestão e operacionalização dos serviços de saúde no **Hospital da Mulher Heloneida Studart**;

Considerando que a referida Unidade Hospitalar apresenta perfil de atendimento voltado para gestante de risco, neonatal de médio e alto risco, sendo ainda referência em leitos de Unidade Intermediária – UI, Unidade de Tratamento Intensivo – UTI neonatal e Unidade Materna de Tratamento Intensivo para o Estado do Rio de Janeiro, além de atender a pequena e média complexidade na especialidade de ginecologia;

Seguem dados de produção realizada no período de Fevereiro a Julho/2017 (06 meses), atestados pela Comissão de Acompanhamento e Fiscalização do Contrato de Gestão n° 032/2012:

PRODUÇÃO ASSISTENCIAL HOSPITAL	META CONTRATUAL	MÉDIA MENSAL
Saídas Hospitalares obstétricas e ginecológicas	460	572

Fonte: M:\COORDENAÇÃO\Produção Assistencial\HOSPITAL

PRODUÇÃO AMBULATORIAL	META CONTRATUAL	MÉDIA MENSAL
Consultas eletivas	3.000	3.166

Fonte: M:\COORDENAÇÃO\Produção Assistencial\HOSPITAL

PRODUÇÃO ASSISTENCIAL SADT	META CONTRATUAL	MÉDIA MENSAL
Ultrassonografia	1.020	1.027
Videohisteroscopia	72	22
Proc. Diagnósticos guiados por US	108	0
Mamografia	1.440	252

Fonte: M:\COORDENAÇÃO\Produção Assistencial\HOSPITAL

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em quinta-feira, 31 de agosto de 2023 16:15:28 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

Governo do Estado do Rio de Janeiro
Secretaria de Estado de Saúde

Isto posto, atesto para os devidos fins que a **Organização Social de Saúde Hospital Maternidade Therezinha de Jesus,** sediada na Rua da Assembleia, n° 10, sala 1422 – Centro – Rio de Janeiro/RJ, presta serviços de administração, gestão, operacionalização e gerenciamento hospitalar das ações e serviços no **Hospital da Mulher Heloneida Studart,** localizado na Avenida Automóvel Clube, s/n – Lote 1745 - Jardim Jose Bonifácio, São João de Meriti/RJ.

Rio de Janeiro, 17 de outubro de 2017

LUIZ ANTONIO DE SOUZA TEIXEIRA JUNIOR
SECRETÁRIO DE ESTADO DE SAÚDE

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em quinta-feira, 31 de agosto de 2023 16:15:28 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

Ficha de Estabelecimento Identificação

Data: 09/08/2023

CNES: 6518893 Nome Fantasia: SES RJ HOSPITAL DA MULHER HELONEIDA STUDART CNPJ: 42.498.717/0106-22

Nome Empresarial: SECRETARIA DE ESTADO DE SAUDE RIO DE Natureza jurídica: ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA

Logradouro: AV AUTOMOVEL CLUBE Número: S/N Complemento: LT 1745

Bairro: JD JOSE BONIFACIO Município: 330510 - SAO JOAO DE MERITI UF: RJ

CEP: 25565-171 Telefone: (21)2651-9600 Dependência: MANTIDA Reg de Saúde: --

Tipo de Estabelecimento: HOSPITAL ESPECIALIZADO Subtipo: MATERNIDADE Gestão: ESTADUAL

Diretor Clínico/Gerente/Administrador: BRUNO ALENCAR 06/01/2017

Cadastrado em: 05/06/2010 Atualização na base local: Última atualização Nacional: 13/01/2017

Horário de Funcionamento: SEMPRE ABERTO

Caracterização

Atividade ensino/pesquisa	Código/natureza jurídica
UNIDADE SEM ATIVIDADE DE ENSINO	1023 - ORGAO PUBLICO DO PODER EXECUTIVO ESTADUAL OU DO DISTRITO FEDERAL

Infraestrutura

INTERNET

Conexão a internet	Tipo de conexão
SIM	LINK DEDICADO

TELEFONIA

Telefonia fixa	Telefonia móvel

O presente documento digital foi gerado com o original digitalizado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em quinta-feira, 31 de agosto de 2023 15:15:28 GMT. CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser conferida no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

SIM	SIM

Atendimento

Tipo de atendimento	Convênio
AMBULATORIAL	SUS
INTERNACAO	SUS
SADT	SUS
URGENCIA	SUS

Fluxo de clientela
03 - ATENDIMENTO DE DEMANDA ESPONTANEA E REFERENCIADA

Informações Gerais

Instalações físicas para assistência

Instalação	Qtde./Consultório	Leitos/Equipamentos
URGÊNCIA E EMERGÊNCIA		
CONSULTORIOS MEDICOS	3	0
SALA DE ATENDIMENTO FEMININO	2	0
SALA DE ATENDIMENTO INDIFERENCIADO	1	0
SALA DE CURATIVO	1	0
SALA DE HIGIENIZACAO	1	0
SALA PEQUENA CIRURGIA	1	0
SAIA DE ATENDIMENTO A PACIENTE CRITICO/SALA DE ESTABILIZACAO	1	5

O presente documento digital foi conferido com o original digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em quinta-feira, 31 de agosto de 2023 16:15:28 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - 2º OFÍCIO DE NOTAS, nos termos da medida provisória de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser conferida no endereço eletrônico enad.org.br/autenticidade. O documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

AMBULATORIAL		
CLINICAS BASICAS	3	0
CLINICAS ESPECIALIZADAS	3	0
CLINICAS INDIFERENCIADO	2	0
ODONTOLOGIA	1	0
OUTROS CONSULTORIOS NAO MEDICOS	5	0
SALA DE CIRURGIA AMBULATORIAL	1	0
SALA DE CURATIVO	1	0
SALA DE ENFERMAGEM (SERVICOS)	1	0
SALA DE PEQUENA CIRURGIA	1	0
HOSPITALAR		
LEITOS DE ALOJAMENTO CONJUNTO	6	8
SALA DE CIRURGIA	3	1
SALA DE CIRURGIA	1	1
SALA DE CIRURGIA AMBULATORIAL	1	1
SALA DE CURETAGEM	1	1
SALA DE PARTO NORMAL	2	1
SALA DE PRE-PARTO	1	5
SALA DE RECUPERACAO	1	2

Serviços de

Serviço	Característica

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em quinta-feira, 31 de agosto de 2023 16:15:28 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

AMBULANCIA	PROPRIO
BANCO DE LEITE	PROPRIO
CENTRAL DE ESTERILIZACAO DE MATERIAIS	PROPRIO
FARMACIA	PROPRIO
LACTARIO	PROPRIO
LAVANDERIA	TERCEIRIZADO
NECROTERIO	PROPRIO
NUTRICAO E DIETETICA (S.N.D.)	PROPRIO
S.A.M.E. OU S.P.P.(Serviço de Prontuario de Paciente)	PROPRIO
SERVICO DE MANUTENCAO DE EQUIPAMENTOS	TERCEIRIZADO
SERVICO SOCIAL	PROPRIO

Serviços especializados

			Ambulatorial		Hospitalar	
Código	Serviço	Característica	SUS	Não SUS	SUS	Não SUS
107	SERVICO DE ATENCAO A SAUDE AUDITIVA	PROPRIO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
114	SERVICO DE ATENCAO EM SAUDE BUCAL	PROPRIO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
145	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	TERCEIRIZADO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
120	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR ANATOMIA PATOLOGICA EOU CITOPATO	TERCEIRIZADO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
121	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM	PROPRIO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
122	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR METODOS GRAFICOS DINAMICOS	PROPRIO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
124	SERVICO DE ENDOCRINOLOGIA	PROPRIO	SIM	NÃO	SIM	NÃO

O presente documento digital foi conferido com o original assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em quinta-feira, 31 de agosto de 2023 16:15:28 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

142	SERVICO DE ENDOSCOPIA	PROPRIO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
125	SERVICO DE FARMACIA	PROPRIO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
126	SERVICO DE FISIOTERAPIA	PROPRIO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
128	SERVICO DE HEMOTERAPIA	PROPRIO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
128	SERVICO DE HEMOTERAPIA	TERCEIRIZADO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
131	SERVICO DE OFTALMOLOGIA	TERCEIRIZADO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
139	SERVICO DE TRIAGEM NEONATAL	PROPRIO	SIM	NÃO	NÃO	NÃO
140	SERVICO DE URGENCIA E EMERGENCIA	PROPRIO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
146	SERVICO DE VIDEOLAPAROSCOPIA	PROPRIO	SIM	NÃO	SIM	NÃO

Comissões e

Descrição
CONTROLE DE INFECCAO HOSPITALAR
CIPA
ANALISE DE OBITOS E BIOPISIAS
REVISAO DE DOCUMENTAÇAO MEDICA E ESTATISTICA
MORTALIDADE NEONATAL
ETICA MEDICA
FARMACIA E TERAPEUTICA
NOTIFICACAO DE DOENCAS
REVISAO DE PRONTUARIOS
MORTALIDADE MATERNA

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUIMARÃES SALLES em quinta-feira, 31 de agosto de 2023 16:15:28 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

Serviços e Classificação

Código	Serviço	Classificação	Terceiro	CNES
126 - 004	SERVICO DE FISIOTERAPIA	ASSISTENCIA FISIOTERAPEUTICA CARDIOVASCULARES E PNEUMOFUNCI	NÃO	NAO INFORMADO
126 - 001	SERVICO DE FISIOTERAPIA	ASSISTENCIA FISIOTERAPEUTICA EM ALTERACOES OBSTETRICAS NEON	NÃO	NAO INFORMADO
114 - 005	SERVICO DE ATENCAO EM SAUDE BUCAL	CIRURGIA ORAL	NÃO	NAO INFORMADO
114 - 001	SERVICO DE ATENCAO EM SAUDE BUCAL	DENTISTICA	NÃO	NAO INFORMADO
146 - 001	SERVICO DE VIDEOLAPAROSCOPIA	DIAGNOSTICA	NÃO	NAO INFORMADO
126 - 008	SERVICO DE FISIOTERAPIA	DIAGNOSTICO CINETICO FUNCIONAL	NÃO	NAO INFORMADO
107 - 004	SERVICO DE ATENCAO A SAUDE AUDITIVA	DIAGNOSTICO EM AUDIOLOGIA/OTOLOGIA	NÃO	NAO INFORMADO
128 - 002	SERVICO DE HEMOTERAPIA	DIAGNOSTICO EM HEMOTERAPIA	SIM	2295067
131 - 001	SERVICO DE OFTALMOLOGIA	DIAGNOSTICO EM OFTALMOLOGIA	SIM	6820301
124 - 001	SERVICO DE ENDOCRINOLOGIA	DIAGNOSTICOTRATAMENTO DAS DOENCAS ENDOCRINAS METABOLICAS E	NÃO	NAO INFORMADO
142 - 001	SERVICO DE ENDOSCOPIA	DO APARELHO DIGESTIVO	NÃO	NAO INFORMADO
142 - 004	SERVICO DE ENDOSCOPIA	DO APARELHO GINECOLOGICO	NÃO	NAO INFORMADO
142 - 002	SERVICO DE ENDOSCOPIA	DO APARELHO RESPIRATORIO	NÃO	NAO INFORMADO
142 - 003	SERVICO DE ENDOSCOPIA	DO APARELHO URINARIO	NÃO	NAO INFORMADO
140 - 004	SERVICO DE URGENCIA E EMERGENCIA	ESTABILIZACAO DE PACIENTE CRITICO/GRAVE EM SALA DE ESTABILIZ	NÃO	NAO INFORMADO
122 - 003	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR METODOS GRAFICOS DINAMICOS	EXAME ELETROCARDIOGRAFICO	NÃO	NAO INFORMADO
120 - 001	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR ANATOMIA PATOLOGICA EOU CITOPATO	EXAMES ANATOMOPATOLOGICOS	SIM	2218771
145 - 001	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES BIOQUIMICOS	SIM	6329934
120 - 002	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR ANATOMIA PATOLOGICA EOU CITOPATO	EXAMES CITOPATOLOGICOS	SIM	2218771

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em quinta-feira, 31 de agosto de 2023 16:15:28 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

120 - 002	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR ANATOMIA PATOLOGICA EOU CITOPATO	EXAMES CITOPATOLOGICOS	SIM	6329934
145 - 004	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES COPROLOGICOS	SIM	6329934
145 - 005	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES DE UROANALISE	SIM	6329934
145 - 010	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES EM OUTROS LIQUIDOS BIOLOGICOS	SIM	6329934
145 - 002	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES HEMATOLOGICOS E HEMOSTASIA	SIM	6329934
145 - 006	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES HORMONAIS	SIM	6329934
145 - 013	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES IMUNOHEMATOLOGICOS	SIM	6329934
145 - 009	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES MICROBIOLOGICOS	SIM	6329934
145 - 012	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES PARA TRIAGEM NEONATAL	SIM	6329934
145 - 003	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES SOROLOGICOS E IMUNOLOGICOS	SIM	6329934
145 - 008	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES TOXICOLOGICOS OU DE MONITORIZACAO TERAPEUTICA	SIM	6329934
125 - 006	SERVICO DE FARMACIA	FARMACIA HOSPITALAR	NÃO	NAO INFORMADO
121 - 012	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM	MAMOGRAFIA	NÃO	NAO INFORMADO
121 - 013	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM	MAMOGRAFIA POR TELEMEDICINA	NÃO	NAO INFORMADO
128 - 004	SERVICO DE HEMOTERAPIA	MEDICINA TRANSFUSIONAL	SIM	2295067
128 - 004	SERVICO DE HEMOTERAPIA	MEDICINA TRANSFUSIONAL	NÃO	NAO INFORMADO
140 - 013	SERVICO DE URGENCIA E EMERGENCIA	PRONTO SOCORRO OBSTETRICO	NÃO	NAO INFORMADO
121 - 001	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM	RADIOLOGIA	NÃO	NAO INFORMADO
139 - 001	SERVICO DE TRIAGEM NEONATAL	TRATAMENTO RECEM NASCIDO COM HIPOTIREOIDISMO E FENILCETONURI	NÃO	NAO INFORMADO
139 - 004	SERVICO DE TRIAGEM NEONATAL	TRATAMENTO RECEM NASCIDO COM OUTRAS DOENCAS CONGENITAS	NÃO	NAO INFORMADO
139 - 002	SERVICO DE TRIAGEM NEONATAL	TRATAMENTO RECEM NASCIDO DOENCAS FALCIFORMES	NÃO	NAO INFORMADO

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em quinta-feira, 31 de agosto de 2023 16:15:28 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

139 - 003	SERVICO DE TRIAGEM NEONATAL	TRATAMENTO RECEMNASCIDO FIBROSE CISTICA	NÃO	NAO INFORMADO
107 - 006	SERVICO DE ATENCAO A SAUDE AUDITIVA	TRIAGEM AUDITIVA NEONATAL	NÃO	NAO INFORMADO
121 - 008	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM	ULTRA-SONOGRAFIA POR TELEMEDICINA	NÃO	NAO INFORMADO
121 - 002	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM	ULTRASONOGRAFIA	NÃO	NAO INFORMADO

Outros

Nível de hierarquia	Tipo de unidade	Turno de atendimento
	HOSPITAL ESPECIALIZADO	ATENDIMENTO CONTINUO DE 24 HORAS/DIA (PLANTAO:INCLUI SABADOS, DOMINGOS E FERIADOS)
Hospital avaliado segundo o NBAH do MS		
NÃO		

Instalações físicas para assistência

Instalação	Qtde./Consultório	Leitos/Equipamentos
URGÊNCIA E EMERGÊNCIA		
CONSULTORIOS MEDICOS	3	0
SALA DE ATENDIMENTO FEMININO	2	0
SALA DE ATENDIMENTO INDIFERENCIADO	1	0
SALA DE CURATIVO	1	0
SALA DE HIGIENIZACAO	1	0
SALA PEQUENA CIRURGIA	1	0
SAlA DE ATENDIMENTO A PACIENTE CRITICO/SALA DE ESTABILIZACAO	1	5
AMBULATORIAL		
CLINICAS BASICAS	3	0

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado por AILDÊ MARNIE [illegible]IL, em quinta-feira, 31 de agosto de 2023 28 GMT-03:00. CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DE NOTAS/[illegible] de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada [illegible]edida provisória N. 2.200-2 [illegible]letrônico ww[illegible]ad.org.[illegible]nticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

CLINICAS ESPECIALIZADAS	3	0
CLINICAS INDIFERENCIADO	2	0
ODONTOLOGIA	1	0
OUTROS CONSULTORIOS NAO MEDICOS	5	0
SALA DE CIRURGIA AMBULATORIAL	1	0
SALA DE CURATIVO	1	0
SALA DE ENFERMAGEM (SERVICOS)	1	0
SALA DE PEQUENA CIRURGIA	1	0
HOSPITALAR		
LEITOS DE ALOJAMENTO CONJUNTO	6	8
SALA DE CIRURGIA	3	1
SALA DE CIRURGIA	1	1
SALA DE CIRURGIA AMBULATORIAL	1	1
SALA DE CURETAGEM	1	1
SALA DE PARTO NORMAL	2	1
SALA DE PRE-PARTO	1	5
SALA DE RECUPERACAO	1	2

Serviços de

Serviço	Característica
AMBULANCIA	PROPRIO
BANCO DE LEITE	PROPRIO

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em quinta-feira, 31 de agosto de 2023 16:15:28 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

CENTRAL DE ESTERILIZACAO DE MATERIAIS	PROPRIO
FARMACIA	PROPRIO
LACTARIO	PROPRIO
LAVANDERIA	TERCEIRIZADO
NECROTERIO	PROPRIO
NUTRICAO E DIETETICA (S.N.D.)	PROPRIO
S.A.M.E. OU S.P.P.(Serviço de Prontuario de Paciente)	PROPRIO
SERVICO DE MANUTENCAO DE EQUIPAMENTOS	TERCEIRIZADO
SERVICO SOCIAL	PROPRIO

Serviços especializados

			Ambulatorial		Hospitalar	
Código	Serviço	Característica	SUS	Não SUS	SUS	Não SUS
107	SERVICO DE ATENCAO A SAUDE AUDITIVA	PROPRIO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
114	SERVICO DE ATENCAO EM SAUDE BUCAL	PROPRIO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
145	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	TERCEIRIZADO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
120	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR ANATOMIA PATOLOGICA EOU CITOPATO	TERCEIRIZADO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
121	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM	PROPRIO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
122	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR METODOS GRAFICOS DINAMICOS	PROPRIO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
124	SERVICO DE ENDOCRINOLOGIA	PROPRIO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
142	SERVICO DE ENDOSCOPIA	PROPRIO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
125	SERVICO DE FARMACIA	PROPRIO	SIM	NÃO	SIM	NÃO

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em quinta-feira, 31 de agosto de 2023 16:15:28 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

126	SERVICO DE FISIOTERAPIA	PROPRIO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
128	SERVICO DE HEMOTERAPIA	PROPRIO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
128	SERVICO DE HEMOTERAPIA	TERCEIRIZADO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
131	SERVICO DE OFTALMOLOGIA	TERCEIRIZADO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
139	SERVICO DE TRIAGEM NEONATAL	PROPRIO	SIM	NÃO	NÃO	NÃO
140	SERVICO DE URGENCIA E EMERGENCIA	PROPRIO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
146	SERVICO DE VIDEOLAPAROSCOPIA	PROPRIO	SIM	NÃO	SIM	NÃO

Comissões e

Descrição
CONTROLE DE INFECCAO HOSPITALAR
CIPA
ANALISE DE OBITOS E BIOPISIAS
REVISAO DE DOCUMENTAÇAO MEDICA E ESTATISTICA
MORTALIDADE NEONATAL
ETICA MEDICA
FARMACIA E TERAPEUTICA
NOTIFICACAO DE DOENCAS
REVISAO DE PRONTUARIOS
MORTALIDADE MATERNA

Serviços e Classificação

Código	Serviço	Classificação	Terceiro	CNES

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI SALLES em quinta-feira, 3 de agosto de 2023 16:15:28 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

126 - 004	SERVICO DE FISIOTERAPIA	ASSISTENCIA FISIOTERAPEUTICA CARDIOVASCULARES E PNEUMOFUNCI	NÃO	NAO INFORMADO
126 - 001	SERVICO DE FISIOTERAPIA	ASSISTENCIA FISIOTERAPEUTICA EM ALTERACOES OBSTETRICAS NEON	NÃO	NAO INFORMADO
114 - 005	SERVICO DE ATENCAO EM SAUDE BUCAL	CIRURGIA ORAL	NÃO	NAO INFORMADO
114 - 001	SERVICO DE ATENCAO EM SAUDE BUCAL	DENTISTICA	NÃO	NAO INFORMADO
146 - 001	SERVICO DE VIDEOLAPAROSCOPIA	DIAGNOSTICA	NÃO	NAO INFORMADO
126 - 008	SERVICO DE FISIOTERAPIA	DIAGNOSTICO CINETICO FUNCIONAL	NÃO	NAO INFORMADO
107 - 004	SERVICO DE ATENCAO A SAUDE AUDITIVA	DIAGNOSTICO EM AUDIOLOGIA/OTOLOGIA	NÃO	NAO INFORMADO
128 - 002	SERVICO DE HEMOTERAPIA	DIAGNOSTICO EM HEMOTERAPIA	SIM	2295067
131 - 001	SERVICO DE OFTALMOLOGIA	DIAGNOSTICO EM OFTALMOLOGIA	SIM	6820301
124 - 001	SERVICO DE ENDOCRINOLOGIA	DIAGNOSTICOTRATAMENTO DAS DOENCAS ENDOCRINAS METABOLICAS E	NÃO	NAO INFORMADO
142 - 001	SERVICO DE ENDOSCOPIA	DO APARELHO DIGESTIVO	NÃO	NAO INFORMADO
142 - 004	SERVICO DE ENDOSCOPIA	DO APARELHO GINECOLOGICO	NÃO	NAO INFORMADO
142 - 002	SERVICO DE ENDOSCOPIA	DO APARELHO RESPIRATORIO	NÃO	NAO INFORMADO
142 - 003	SERVICO DE ENDOSCOPIA	DO APARELHO URINARIO	NÃO	NAO INFORMADO
140 - 004	SERVICO DE URGENCIA E EMERGENCIA	ESTABILIZACAO DE PACIENTE CRITICO/GRAVE EM SALA DE ESTABILIZ	NÃO	NAO INFORMADO
122 - 003	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR METODOS GRAFICOS DINAMICOS	EXAME ELETROCARDIOGRAFICO	NÃO	NAO INFORMADO
120 - 001	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR ANATOMIA PATOLOGICA EOU CITOPATO	EXAMES ANATOMOPATOLOGICOS	SIM	2218771
145 - 001	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES BIOQUIMICOS	SIM	6329934
120 - 002	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR ANATOMIA PATOLOGICA EOU CITOPATO	EXAMES CITOPATOLOGICOS	SIM	2218771
120 - 002	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR ANATOMIA PATOLOGICA EOU CITOPATO	EXAMES CITOPATOLOGICOS	SIM	6329934
145 - 004	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES COPROLOGICOS	SIM	6329934

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em quinta-feira, 31 de agosto de 2023 16:15:28 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

145 - 005	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES DE UROANALISE	SIM	6329934
145 - 010	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES EM OUTROS LIQUIDOS BIOLOGICOS	SIM	6329934
145 - 002	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES HEMATOLOGICOS E HEMOSTASIA	SIM	6329934
145 - 006	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES HORMONAIS	SIM	6329934
145 - 013	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES IMUNOHEMATOLOGICOS	SIM	6329934
145 - 009	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES MICROBIOLOGICOS	SIM	6329934
145 - 012	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES PARA TRIAGEM NEONATAL	SIM	6329934
145 - 003	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES SOROLOGICOS E IMUNOLOGICOS	SIM	6329934
145 - 008	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES TOXICOLOGICOS OU DE MONITORIZACAO TERAPEUTICA	SIM	6329934
125 - 006	SERVICO DE FARMACIA	FARMACIA HOSPITALAR	NÃO	NAO INFORMADO
121 - 012	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM	MAMOGRAFIA	NÃO	NAO INFORMADO
121 - 013	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM	MAMOGRAFIA POR TELEMEDICINA	NÃO	NAO INFORMADO
128 - 004	SERVICO DE HEMOTERAPIA	MEDICINA TRANSFUSIONAL	SIM	2295067
128 - 004	SERVICO DE HEMOTERAPIA	MEDICINA TRANSFUSIONAL	NÃO	NAO INFORMADO
140 - 013	SERVICO DE URGENCIA E EMERGENCIA	PRONTO SOCORRO OBSTETRICO	NÃO	NAO INFORMADO
121 - 001	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM	RADIOLOGIA	NÃO	NAO INFORMADO
139 - 001	SERVICO DE TRIAGEM NEONATAL	TRATAMENTO RECEM NASCIDO COM HIPOTIREOIDISMO E FENILCETONURI	NÃO	NAO INFORMADO
139 - 004	SERVICO DE TRIAGEM NEONATAL	TRATAMENTO RECEM NASCIDO COM OUTRAS DOENCAS CONGENITAS	NÃO	NAO INFORMADO
139 - 002	SERVICO DE TRIAGEM NEONATAL	TRATAMENTO RECEM NASCIDO DOENCAS FALCIFORMES	NÃO	NAO INFORMADO
139 - 003	SERVICO DE TRIAGEM NEONATAL	TRATAMENTO RECEMNASCIDO FIBROSE CISTICA	NÃO	NAO INFORMADO
107 - 006	SERVICO DE ATENCAO A SAUDE AUDITIVA	TRIAGEM AUDITIVA NEONATAL	NÃO	NAO INFORMADO

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em quinta-feira, 31 de agosto de 2023 16:15:28 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

121 - 008	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM	ULTRA-SONOGRAFIA POR TELEMEDICINA	NÃO	NAO INFORMADO
121 - 002	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM	ULTRASONOGRAFIA	NÃO	NAO INFORMADO

Outros

Nível de hierarquia	Tipo de unidade	Turno de atendimento
	HOSPITAL ESPECIALIZADO	ATENDIMENTO CONTINUO DE 24 HORAS/DIA (PLANTAO:INCLUI SABADOS, DOMINGOS E FERIADOS)

Hospital avaliado segundo o NBAH do MS
NÃO

Instalações físicas para assistência

Instalação	Qtde./Consultório	Leitos/Equipamentos
URGÊNCIA E EMERGÊNCIA		
CONSULTORIOS MEDICOS	3	0
SALA DE ATENDIMENTO FEMININO	2	0
SALA DE ATENDIMENTO INDIFERENCIADO	1	0
SALA DE CURATIVO	1	0
SALA DE HIGIENIZACAO	1	0
SALA PEQUENA CIRURGIA	1	0
SAIA DE ATENDIMENTO A PACIENTE CRITICO/SALA DE ESTABILIZACAO	1	5
AMBULATORIAL		
CLINICAS BASICAS	3	0
CLINICAS ESPECIALIZADAS	3	0
CLINICAS INDIFERENCIADO	2	0

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNI ALIL, em a-feira, 31 de agosto de 2023 16:15:28 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos term medida ória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

ODONTOLOGIA	1	0
OUTROS CONSULTORIOS NAO MEDICOS	5	0
SALA DE CIRURGIA AMBULATORIAL	1	0
SALA DE CURATIVO	1	0
SALA DE ENFERMAGEM (SERVICOS)	1	0
SALA DE PEQUENA CIRURGIA	1	0
HOSPITALAR		
LEITOS DE ALOJAMENTO CONJUNTO	6	8
SALA DE CIRURGIA	3	1
SALA DE CIRURGIA	1	1
SALA DE CIRURGIA AMBULATORIAL	1	1
SALA DE CURETAGEM	1	1
SALA DE PARTO NORMAL	2	1
SALA DE PRE-PARTO	1	5
SALA DE RECUPERACAO	1	2

Serviços de

Serviço	Característica
AMBULANCIA	PROPRIO
BANCO DE LEITE	PROPRIO
CENTRAL DE ESTERILIZACAO DE MATERIAIS	PROPRIO
FARMACIA	PROPRIO

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em quinta-feira, 31 de agosto de 2023 16:15:28 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

LACTARIO	PROPRIO
LAVANDERIA	TERCEIRIZADO
NECROTERIO	PROPRIO
NUTRICAO E DIETETICA (S.N.D.)	PROPRIO
S.A.M.E. OU S.P.P.(Serviço de Prontuario de Paciente)	PROPRIO
SERVICO DE MANUTENCAO DE EQUIPAMENTOS	TERCEIRIZADO
SERVICO SOCIAL	PROPRIO

Serviços especializados

			Ambulatorial		Hospitalar	
Código	Serviço	Característica	SUS	Não SUS	SUS	Não SUS
107	SERVICO DE ATENCAO A SAUDE AUDITIVA	PROPRIO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
114	SERVICO DE ATENCAO EM SAUDE BUCAL	PROPRIO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
145	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	TERCEIRIZADO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
120	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR ANATOMIA PATOLOGICA EOU CITOPATO	TERCEIRIZADO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
121	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM	PROPRIO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
122	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR METODOS GRAFICOS DINAMICOS	PROPRIO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
124	SERVICO DE ENDOCRINOLOGIA	PROPRIO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
142	SERVICO DE ENDOSCOPIA	PROPRIO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
125	SERVICO DE FARMACIA	PROPRIO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
126	SERVICO DE FISIOTERAPIA	PROPRIO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
128	SERVICO DE HEMOTERAPIA	PROPRIO	SIM	NÃO	SIM	NÃO

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por JOSÉ MARIA GUARNIERI GALIL, em quinta-feira, 31 de agosto de 2023 16:15:28 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTORIO DO 2º OFICIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

128	SERVICO DE HEMOTERAPIA	TERCEIRIZADO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
131	SERVICO DE OFTALMOLOGIA	TERCEIRIZADO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
139	SERVICO DE TRIAGEM NEONATAL	PROPRIO	SIM	NÃO	NÃO	NÃO
140	SERVICO DE URGENCIA E EMERGENCIA	PROPRIO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
146	SERVICO DE VIDEOLAPAROSCOPIA	PROPRIO	SIM	NÃO	SIM	NÃO

Comissões e

Descrição
CONTROLE DE INFECCAO HOSPITALAR
CIPA
ANALISE DE OBITOS E BIOPISIAS
REVISAO DE DOCUMENTAÇAO MEDICA E ESTATISTICA
MORTALIDADE NEONATAL
ETICA MEDICA
FARMACIA E TERAPEUTICA
NOTIFICACAO DE DOENCAS
REVISAO DE PRONTUARIOS
MORTALIDADE MATERNA

Serviços e Classificação

Código	Serviço	Classificação	Terceiro	CNES
126 - 004	SERVICO DE FISIOTERAPIA	ASSISTENCIA FISIOTERAPEUTICA CARDIOVASCULARES E PNEUMOFUNCI	NÃO	NAO INFORMADO
126 - 001	SERVICO DE FISIOTERAPIA	ASSISTENCIA FISIOTERAPEUTICA EM ALTERACOES OBSTETRICAS NEON	NÃO	NAO INFORMADO

O presente documento foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIZA, em quinta-feira, 31/08/2023 16:15:03 (GMT-03:00), CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. A autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

114 - 005	SERVICO DE ATENCAO EM SAUDE BUCAL	CIRURGIA ORAL	NÃO	NAO INFORMADO
114 - 001	SERVICO DE ATENCAO EM SAUDE BUCAL	DENTISTICA	NÃO	NAO INFORMADO
146 - 001	SERVICO DE VIDEOLAPAROSCOPIA	DIAGNOSTICA	NÃO	NAO INFORMADO
126 - 008	SERVICO DE FISIOTERAPIA	DIAGNOSTICO CINETICO FUNCIONAL	NÃO	NAO INFORMADO
107 - 004	SERVICO DE ATENCAO A SAUDE AUDITIVA	DIAGNOSTICO EM AUDIOLOGIA/OTOLOGIA	NÃO	NAO INFORMADO
128 - 002	SERVICO DE HEMOTERAPIA	DIAGNOSTICO EM HEMOTERAPIA	SIM	2295067
131 - 001	SERVICO DE OFTALMOLOGIA	DIAGNOSTICO EM OFTALMOLOGIA	SIM	6820301
124 - 001	SERVICO DE ENDOCRINOLOGIA	DIAGNOSTICOTRATAMENTO DAS DOENCAS ENDOCRINAS METABOLICAS E	NÃO	NAO INFORMADO
142 - 001	SERVICO DE ENDOSCOPIA	DO APARELHO DIGESTIVO	NÃO	NAO INFORMADO
142 - 004	SERVICO DE ENDOSCOPIA	DO APARELHO GINECOLOGICO	NÃO	NAO INFORMADO
142 - 002	SERVICO DE ENDOSCOPIA	DO APARELHO RESPIRATORIO	NÃO	NAO INFORMADO
142 - 003	SERVICO DE ENDOSCOPIA	DO APARELHO URINARIO	NÃO	NAO INFORMADO
140 - 004	SERVICO DE URGENCIA E EMERGENCIA	ESTABILIZACAO DE PACIENTE CRITICO/GRAVE EM SALA DE ESTABILIZ	NÃO	NAO INFORMADO
122 - 003	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR METODOS GRAFICOS DINAMICOS	EXAME ELETROCARDIOGRAFICO	NÃO	NAO INFORMADO
120 - 001	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR ANATOMIA PATOLOGICA EOU CITOPATO	EXAMES ANATOMOPATOLOGICOS	SIM	2218771
145 - 001	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES BIOQUIMICOS	SIM	6329934
120 - 002	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR ANATOMIA PATOLOGICA EOU CITOPATO	EXAMES CITOPATOLOGICOS	SIM	2218771
120 - 002	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR ANATOMIA PATOLOGICA EOU CITOPATO	EXAMES CITOPATOLOGICOS	SIM	6329934
145 - 004	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES COPROLOGICOS	SIM	6329934
145 - 005	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES DE UROANALISE	SIM	6329934
145 - 010	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES EM OUTROS LIQUIDOS BIOLOGICOS	SIM	6329934

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em quinta-feira, 31 de agosto de 2023 16:15:28 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

145 - 002	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES HEMATOLOGICOS E HEMOSTASIA	SIM	6329934
145 - 006	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES HORMONAIS	SIM	6329934
145 - 013	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES IMUNOHEMATOLOGICOS	SIM	6329934
145 - 009	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES MICROBIOLOGICOS	SIM	6329934
145 - 012	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES PARA TRIAGEM NEONATAL	SIM	6329934
145 - 003	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES SOROLOGICOS E IMUNOLOGICOS	SIM	6329934
145 - 008	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES TOXICOLOGICOS OU DE MONITORIZACAO TERAPEUTICA	SIM	6329934
125 - 006	SERVICO DE FARMACIA	FARMACIA HOSPITALAR	NÃO	NAO INFORMADO
121 - 012	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM	MAMOGRAFIA	NÃO	NAO INFORMADO
121 - 013	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM	MAMOGRAFIA POR TELEMEDICINA	NÃO	NAO INFORMADO
128 - 004	SERVICO DE HEMOTERAPIA	MEDICINA TRANSFUSIONAL	SIM	2295067
128 - 004	SERVICO DE HEMOTERAPIA	MEDICINA TRANSFUSIONAL	NÃO	NAO INFORMADO
140 - 013	SERVICO DE URGENCIA E EMERGENCIA	PRONTO SOCORRO OBSTETRICO	NÃO	NAO INFORMADO
121 - 001	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM	RADIOLOGIA	NÃO	NAO INFORMADO
139 - 001	SERVICO DE TRIAGEM NEONATAL	TRATAMENTO RECEM NASCIDO COM HIPOTIREOIDISMO E FENILCETONURI	NÃO	NAO INFORMADO
139 - 004	SERVICO DE TRIAGEM NEONATAL	TRATAMENTO RECEM NASCIDO COM OUTRAS DOENCAS CONGENITAS	NÃO	NAO INFORMADO
139 - 002	SERVICO DE TRIAGEM NEONATAL	TRATAMENTO RECEM NASCIDO DOENCAS FALCIFORMES	NÃO	NAO INFORMADO
139 - 003	SERVICO DE TRIAGEM NEONATAL	TRATAMENTO RECEMNASCIDO FIBROSE CISTICA	NÃO	NAO INFORMADO
107 - 006	SERVICO DE ATENCAO A SAUDE AUDITIVA	TRIAGEM AUDITIVA NEONATAL	NÃO	NAO INFORMADO
121 - 008	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM	ULTRA-SONOGRAFIA POR TELEMEDICINA	NÃO	NAO INFORMADO
121 - 002	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM	ULTRASONOGRAFIA	NÃO	NAO INFORMADO

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em quinta-feira, 31 de agosto de 2023 16:15:28 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

Outros

Nível de hierarquia	Tipo de unidade	Turno de atendimento
	HOSPITAL ESPECIALIZADO	ATENDIMENTO CONTINUO DE 24 HORAS/DIA (PLANTAO:INCLUI SABADOS, DOMINGOS E FERIADOS)

Hospital avaliado segundo o NBAH do MS
NÃO

Instalações físicas para assistência

Instalação	Qtde./Consultório	Leitos/Equipamentos
URGÊNCIA E EMERGÊNCIA		
CONSULTORIOS MEDICOS	3	0
SALA DE ATENDIMENTO FEMININO	2	0
SALA DE ATENDIMENTO INDIFERENCIADO	1	0
SALA DE CURATIVO	1	0
SALA DE HIGIENIZACAO	1	0
SALA PEQUENA CIRURGIA	1	0
SAIA DE ATENDIMENTO A PACIENTE CRITICO/SALA DE ESTABILIZACAO	1	5
AMBULATORIAL		
CLINICAS BASICAS	3	0
CLINICAS ESPECIALIZADAS	3	0
CLINICAS INDIFERENCIADO	2	0
ODONTOLOGIA	1	0
OUTROS CONSULTORIOS NAO MEDICOS	5	0

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em ta-feira, agosto de 2023 16:15:28 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida ória N. de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticid presen documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

SALA DE CIRURGIA AMBULATORIAL	1	0
SALA DE CURATIVO	1	0
SALA DE ENFERMAGEM (SERVICOS)	1	0
SALA DE PEQUENA CIRURGIA	1	0
HOSPITALAR		
LEITOS DE ALOJAMENTO CONJUNTO	6	8
SALA DE CIRURGIA	3	1
SALA DE CIRURGIA	1	1
SALA DE CIRURGIA AMBULATORIAL	1	1
SALA DE CURETAGEM	1	1
SALA DE PARTO NORMAL	2	1
SALA DE PRE-PARTO	1	5
SALA DE RECUPERACAO	1	2

Serviços de

Serviço	Característica
AMBULANCIA	PROPRIO
BANCO DE LEITE	PROPRIO
CENTRAL DE ESTERILIZACAO DE MATERIAIS	PROPRIO
FARMACIA	PROPRIO
LACTARIO	PROPRIO
LAVANDERIA	TERCEIRIZADO

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em quinta-feira, 31 de agosto de 2023 16:15:28 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

NECROTERIO	PROPRIO
NUTRICAO E DIETETICA (S.N.D.)	PROPRIO
S.A.M.E. OU S.P.P.(Serviço de Prontuario de Paciente)	PROPRIO
SERVICO DE MANUTENCAO DE EQUIPAMENTOS	TERCEIRIZADO
SERVICO SOCIAL	PROPRIO

Serviços especializados

			Ambulatorial		Hospitalar	
Código	Serviço	Característica	SUS	Não SUS	SUS	Não SUS
107	SERVICO DE ATENCAO A SAUDE AUDITIVA	PROPRIO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
114	SERVICO DE ATENCAO EM SAUDE BUCAL	PROPRIO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
145	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	TERCEIRIZADO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
120	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR ANATOMIA PATOLOGICA EOU CITOPATO	TERCEIRIZADO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
121	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM	PROPRIO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
122	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR METODOS GRAFICOS DINAMICOS	PROPRIO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
124	SERVICO DE ENDOCRINOLOGIA	PROPRIO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
142	SERVICO DE ENDOSCOPIA	PROPRIO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
125	SERVICO DE FARMACIA	PROPRIO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
126	SERVICO DE FISIOTERAPIA	PROPRIO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
128	SERVICO DE HEMOTERAPIA	PROPRIO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
128	SERVICO DE HEMOTERAPIA	TERCEIRIZADO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
131	SERVICO DE OFTALMOLOGIA	TERCEIRIZADO	SIM	NÃO	SIM	NÃO

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por CLEIDE ARIANE GUARNIERI GALIL, em quinta-feira, 31 de agosto de 2023 16:15:28 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTORIO DO 2º OFICIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

139	SERVICO DE TRIAGEM NEONATAL	PROPRIO	SIM	NÃO	NÃO	NÃO
140	SERVICO DE URGENCIA E EMERGENCIA	PROPRIO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
146	SERVICO DE VIDEOLAPAROSCOPIA	PROPRIO	SIM	NÃO	SIM	NÃO

Comissões e

Descrição
CONTROLE DE INFECCAO HOSPITALAR
CIPA
ANALISE DE OBITOS E BIOPISIAS
REVISAO DE DOCUMENTAÇAO MEDICA E ESTATISTICA
MORTALIDADE NEONATAL
ETICA MEDICA
FARMACIA E TERAPEUTICA
NOTIFICACAO DE DOENCAS
REVISAO DE PRONTUARIOS
MORTALIDADE MATERNA

Serviços e Classificação

Código	Serviço	Classificação	Terceiro	CNES
126 - 004	SERVICO DE FISIOTERAPIA	ASSISTENCIA FISIOTERAPEUTICA CARDIOVASCULARES E PNEUMOFUNCI	NÃO	NAO INFORMADO
126 - 001	SERVICO DE FISIOTERAPIA	ASSISTENCIA FISIOTERAPEUTICA EM ALTERACOES OBSTETRICAS NEON	NÃO	NAO INFORMADO
114 - 005	SERVICO DE ATENCAO EM SAUDE BUCAL	CIRURGIA ORAL	NÃO	NAO INFORMADO
114 - 001	SERVICO DE ATENCAO EM SAUDE BUCAL	DENTISTICA	NÃO	NAO INFORMADO

O presente documento digital foi com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em quinta-feira, 31 de agosto de 2023 16:15:28 GMT-03:00 : 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua auten e deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

146 - 001	SERVICO DE VIDEOLAPAROSCOPIA	DIAGNOSTICA	NÃO	NAO INFORMADO
126 - 008	SERVICO DE FISIOTERAPIA	DIAGNOSTICO CINETICO FUNCIONAL	NÃO	NAO INFORMADO
107 - 004	SERVICO DE ATENCAO A SAUDE AUDITIVA	DIAGNOSTICO EM AUDIOLOGIA/OTOLOGIA	NÃO	NAO INFORMADO
128 - 002	SERVICO DE HEMOTERAPIA	DIAGNOSTICO EM HEMOTERAPIA	SIM	2295067
131 - 001	SERVICO DE OFTALMOLOGIA	DIAGNOSTICO EM OFTALMOLOGIA	SIM	6820301
124 - 001	SERVICO DE ENDOCRINOLOGIA	DIAGNOSTICOTRATAMENTO DAS DOENCAS ENDOCRINAS METABOLICAS E	NÃO	NAO INFORMADO
142 - 001	SERVICO DE ENDOSCOPIA	DO APARELHO DIGESTIVO	NÃO	NAO INFORMADO
142 - 004	SERVICO DE ENDOSCOPIA	DO APARELHO GINECOLOGICO	NÃO	NAO INFORMADO
142 - 002	SERVICO DE ENDOSCOPIA	DO APARELHO RESPIRATORIO	NÃO	NAO INFORMADO
142 - 003	SERVICO DE ENDOSCOPIA	DO APARELHO URINARIO	NÃO	NAO INFORMADO
140 - 004	SERVICO DE URGENCIA E EMERGENCIA	ESTABILIZACAO DE PACIENTE CRITICO/GRAVE EM SALA DE ESTABILIZ	NÃO	NAO INFORMADO
122 - 003	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR METODOS GRAFICOS DINAMICOS	EXAME ELETROCARDIOGRAFICO	NÃO	NAO INFORMADO
120 - 001	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR ANATOMIA PATOLOGICA EOU CITOPATO	EXAMES ANATOMOPATOLOGICOS	SIM	2218771
145 - 001	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES BIOQUIMICOS	SIM	6329934
120 - 002	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR ANATOMIA PATOLOGICA EOU CITOPATO	EXAMES CITOPATOLOGICOS	SIM	2218771
120 - 002	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR ANATOMIA PATOLOGICA EOU CITOPATO	EXAMES CITOPATOLOGICOS	SIM	6329934
145 - 004	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES COPROLOGICOS	SIM	6329934
145 - 005	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES DE UROANALISE	SIM	6329934
145 - 010	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES EM OUTROS LIQUIDOS BIOLOGICOS	SIM	6329934
145 - 002	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES HEMATOLOGICOS E HEMOSTASIA	SIM	6329934
145 - 006	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES HORMONAIS	SIM	6329934

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em quinta-feira, 31 de agosto de 2023 16:15:28 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

145 - 013	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES IMUNOHEMATOLOGICOS	SIM	6329934
145 - 009	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES MICROBIOLOGICOS	SIM	6329934
145 - 012	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES PARA TRIAGEM NEONATAL	SIM	6329934
145 - 003	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES SOROLOGICOS E IMUNOLOGICOS	SIM	6329934
145 - 008	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES TOXICOLOGICOS OU DE MONITORIZACAO TERAPEUTICA	SIM	6329934
125 - 006	SERVICO DE FARMACIA	FARMACIA HOSPITALAR	NÃO	NAO INFORMADO
121 - 012	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM	MAMOGRAFIA	NÃO	NAO INFORMADO
121 - 013	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM	MAMOGRAFIA POR TELEMEDICINA	NÃO	NAO INFORMADO
128 - 004	SERVICO DE HEMOTERAPIA	MEDICINA TRANSFUSIONAL	SIM	2295067
128 - 004	SERVICO DE HEMOTERAPIA	MEDICINA TRANSFUSIONAL	NÃO	NAO INFORMADO
140 - 013	SERVICO DE URGENCIA E EMERGENCIA	PRONTO SOCORRO OBSTETRICO	NÃO	NAO INFORMADO
121 - 001	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM	RADIOLOGIA	NÃO	NAO INFORMADO
139 - 001	SERVICO DE TRIAGEM NEONATAL	TRATAMENTO RECEM NASCIDO COM HIPOTIREOIDISMO E FENILCETONURI	NÃO	NAO INFORMADO
139 - 004	SERVICO DE TRIAGEM NEONATAL	TRATAMENTO RECEM NASCIDO COM OUTRAS DOENCAS CONGENITAS	NÃO	NAO INFORMADO
139 - 002	SERVICO DE TRIAGEM NEONATAL	TRATAMENTO RECEM NASCIDO DOENCAS FALCIFORMES	NÃO	NAO INFORMADO
139 - 003	SERVICO DE TRIAGEM NEONATAL	TRATAMENTO RECEMNASCIDO FIBROSE CISTICA	NÃO	NAO INFORMADO
107 - 006	SERVICO DE ATENCAO A SAUDE AUDITIVA	TRIAGEM AUDITIVA NEONATAL	NÃO	NAO INFORMADO
121 - 008	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM	ULTRA-SONOGRAFIA POR TELEMEDICINA	NÃO	NAO INFORMADO
121 - 002	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM	ULTRASONOGRAFIA	NÃO	NAO INFORMADO

Outros

Nível de hierarquia	Tipo de unidade	Turno de atendimento

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em quinta-feira, 31 de agosto de 2021 16:15:28 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

	HOSPITAL ESPECIALIZADO	ATENDIMENTO CONTINUO DE 24 HORAS/DIA (PLANTAO:INCLUI SABADOS, DOMINGOS E FERIADOS)

Hospital avaliado segundo o NBAH do MS
NÃO

Instalações físicas para assistência

Instalação	Qtde./Consultório	Leitos/Equipamentos
URGÊNCIA E EMERGÊNCIA		
CONSULTORIOS MEDICOS	3	0
SALA DE ATENDIMENTO FEMININO	2	0
SALA DE ATENDIMENTO INDIFERENCIADO	1	0
SALA DE CURATIVO	1	0
SALA DE HIGIENIZACAO	1	0
SALA PEQUENA CIRURGIA	1	0
SAIA DE ATENDIMENTO A PACIENTE CRITICO/SALA DE ESTABILIZACAO	1	5
AMBULATORIAL		
CLINICAS BASICAS	3	0
CLINICAS ESPECIALIZADAS	3	0
CLINICAS INDIFERENCIADO	2	0
ODONTOLOGIA	1	0
OUTROS CONSULTORIOS NAO MEDICOS	5	0
SALA DE CIRURGIA AMBULATORIAL	1	0
SALA DE CURATIVO	1	0

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em quinta-feira, 24 de agosto de 2023 16:15:28 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

SALA DE ENFERMAGEM (SERVICOS)	1	0
SALA DE PEQUENA CIRURGIA	1	0
HOSPITALAR		
LEITOS DE ALOJAMENTO CONJUNTO	6	8
SALA DE CIRURGIA	3	1
SALA DE CIRURGIA	1	1
SALA DE CIRURGIA AMBULATORIAL	1	1
SALA DE CURETAGEM	1	1
SALA DE PARTO NORMAL	2	1
SALA DE PRE-PARTO	1	5
SALA DE RECUPERACAO	1	2

Serviços de

Serviço	Característica
AMBULANCIA	PROPRIO
BANCO DE LEITE	PROPRIO
CENTRAL DE ESTERILIZACAO DE MATERIAIS	PROPRIO
FARMACIA	PROPRIO
LACTARIO	PROPRIO
LAVANDERIA	TERCEIRIZADO
NECROTERIO	PROPRIO
NUTRICAO E DIETETICA (S.N.D.)	PROPRIO

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em quinta-feira, 31 de agosto de 2023 16:15:28 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

S.A.M.E. OU S.P.P.(Serviço de Prontuario de Paciente)	PROPRIO
SERVICO DE MANUTENCAO DE EQUIPAMENTOS	TERCEIRIZADO
SERVICO SOCIAL	PROPRIO

Serviços especializados

			Ambulatorial		Hospitalar	
Código	Serviço	Característica	SUS	Não SUS	SUS	Não SUS
107	SERVICO DE ATENCAO A SAUDE AUDITIVA	PROPRIO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
114	SERVICO DE ATENCAO EM SAUDE BUCAL	PROPRIO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
145	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	TERCEIRIZADO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
120	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR ANATOMIA PATOLOGICA EOU CITOPATO	TERCEIRIZADO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
121	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM	PROPRIO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
122	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR METODOS GRAFICOS DINAMICOS	PROPRIO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
124	SERVICO DE ENDOCRINOLOGIA	PROPRIO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
142	SERVICO DE ENDOSCOPIA	PROPRIO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
125	SERVICO DE FARMACIA	PROPRIO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
126	SERVICO DE FISIOTERAPIA	PROPRIO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
128	SERVICO DE HEMOTERAPIA	PROPRIO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
128	SERVICO DE HEMOTERAPIA	TERCEIRIZADO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
131	SERVICO DE OFTALMOLOGIA	TERCEIRIZADO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
139	SERVICO DE TRIAGEM NEONATAL	PROPRIO	SIM	NÃO	NÃO	NÃO
140	SERVICO DE URGENCIA E EMERGENCIA	PROPRIO	SIM	NÃO	SIM	NÃO

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por CIDÉLIA MARIA GUARNIERI GALIL, em quinta-feira, 31 de agosto de 2023 16:15:28 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

146	SERVICO DE VIDEOLAPAROSCOPIA	PROPRIO	SIM	NÃO	SIM	NÃO

Comissões e

Descrição
CONTROLE DE INFECCAO HOSPITALAR
CIPA
ANALISE DE OBITOS E BIOPISIAS
REVISAO DE DOCUMENTAÇAO MEDICA E ESTATISTICA
MORTALIDADE NEONATAL
ETICA MEDICA
FARMACIA E TERAPEUTICA
NOTIFICACAO DE DOENCAS
REVISAO DE PRONTUARIOS
MORTALIDADE MATERNA

Serviços e Classificação

Código	Serviço	Classificação	Terceiro	CNES
126 - 004	SERVICO DE FISIOTERAPIA	ASSISTENCIA FISIOTERAPEUTICA CARDIOVASCULARES E PNEUMOFUNCI	NÃO	NAO INFORMADO
126 - 001	SERVICO DE FISIOTERAPIA	ASSISTENCIA FISIOTERAPEUTICA EM ALTERACOES OBSTETRICAS NEON	NÃO	NAO INFORMADO
114 - 005	SERVICO DE ATENCAO EM SAUDE BUCAL	CIRURGIA ORAL	NÃO	NAO INFORMADO
114 - 001	SERVICO DE ATENCAO EM SAUDE BUCAL	DENTISTICA	NÃO	NAO INFORMADO
146 - 001	SERVICO DE VIDEOLAPAROSCOPIA	DIAGNOSTICA	NÃO	NAO INFORMADO
126 - 008	SERVICO DE FISIOTERAPIA	DIAGNOSTICO CINETICO FUNCIONAL	NÃO	NAO INFORMADO

O presente documento digital foi conferido com o [illegible] e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em quinta-feira, 31 de agosto de 2023 16:15:28 GMT-03:00, CNS: 04.11[illegible]CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deve ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

107 - 004	SERVICO DE ATENCAO A SAUDE AUDITIVA	DIAGNOSTICO EM AUDIOLOGIA/OTOLOGIA	NÃO	NAO INFORMADO
128 - 002	SERVICO DE HEMOTERAPIA	DIAGNOSTICO EM HEMOTERAPIA	SIM	2295067
131 - 001	SERVICO DE OFTALMOLOGIA	DIAGNOSTICO EM OFTALMOLOGIA	SIM	6820301
124 - 001	SERVICO DE ENDOCRINOLOGIA	DIAGNOSTICOTRATAMENTO DAS DOENCAS ENDOCRINAS METABOLICAS E	NÃO	NAO INFORMADO
142 - 001	SERVICO DE ENDOSCOPIA	DO APARELHO DIGESTIVO	NÃO	NAO INFORMADO
142 - 004	SERVICO DE ENDOSCOPIA	DO APARELHO GINECOLOGICO	NÃO	NAO INFORMADO
142 - 002	SERVICO DE ENDOSCOPIA	DO APARELHO RESPIRATORIO	NÃO	NAO INFORMADO
142 - 003	SERVICO DE ENDOSCOPIA	DO APARELHO URINARIO	NÃO	NAO INFORMADO
140 - 004	SERVICO DE URGENCIA E EMERGENCIA	ESTABILIZACAO DE PACIENTE CRITICO/GRAVE EM SALA DE ESTABILIZ	NÃO	NAO INFORMADO
122 - 003	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR METODOS GRAFICOS DINAMICOS	EXAME ELETROCARDIOGRAFICO	NÃO	NAO INFORMADO
120 - 001	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR ANATOMIA PATOLOGICA EOU CITOPATO	EXAMES ANATOMOPATOLOGICOS	SIM	2218771
145 - 001	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES BIOQUIMICOS	SIM	6329934
120 - 002	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR ANATOMIA PATOLOGICA EOU CITOPATO	EXAMES CITOPATOLOGICOS	SIM	2218771
120 - 002	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR ANATOMIA PATOLOGICA EOU CITOPATO	EXAMES CITOPATOLOGICOS	SIM	6329934
145 - 004	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES COPROLOGICOS	SIM	6329934
145 - 005	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES DE UROANALISE	SIM	6329934
145 - 010	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES EM OUTROS LIQUIDOS BIOLOGICOS	SIM	6329934
145 - 002	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES HEMATOLOGICOS E HEMOSTASIA	SIM	6329934
145 - 006	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES HORMONAIS	SIM	6329934
145 - 013	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES IMUNOHEMATOLOGICOS	SIM	6329934
145 - 009	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES MICROBIOLOGICOS	SIM	6329934

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em quinta-feira, 31 de agosto de 2023 16:15:28 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

145 - 012	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES PARA TRIAGEM NEONATAL	SIM	6329934
145 - 003	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES SOROLOGICOS E IMUNOLOGICOS	SIM	6329934
145 - 008	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES TOXICOLOGICOS OU DE MONITORIZACAO TERAPEUTICA	SIM	6329934
125 - 006	SERVICO DE FARMACIA	FARMACIA HOSPITALAR	NÃO	NAO INFORMADO
121 - 012	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM	MAMOGRAFIA	NÃO	NAO INFORMADO
121 - 013	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM	MAMOGRAFIA POR TELEMEDICINA	NÃO	NAO INFORMADO
128 - 004	SERVICO DE HEMOTERAPIA	MEDICINA TRANSFUSIONAL	SIM	2295067
128 - 004	SERVICO DE HEMOTERAPIA	MEDICINA TRANSFUSIONAL	NÃO	NAO INFORMADO
140 - 013	SERVICO DE URGENCIA E EMERGENCIA	PRONTO SOCORRO OBSTETRICO	NÃO	NAO INFORMADO
121 - 001	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM	RADIOLOGIA	NÃO	NAO INFORMADO
139 - 001	SERVICO DE TRIAGEM NEONATAL	TRATAMENTO RECEM NASCIDO COM HIPOTIREOIDISMO E FENILCETONURI	NÃO	NAO INFORMADO
139 - 004	SERVICO DE TRIAGEM NEONATAL	TRATAMENTO RECEM NASCIDO COM OUTRAS DOENCAS CONGENITAS	NÃO	NAO INFORMADO
139 - 002	SERVICO DE TRIAGEM NEONATAL	TRATAMENTO RECEM NASCIDO DOENCAS FALCIFORMES	NÃO	NAO INFORMADO
139 - 003	SERVICO DE TRIAGEM NEONATAL	TRATAMENTO RECEMNASCIDO FIBROSE CISTICA	NÃO	NAO INFORMADO
107 - 006	SERVICO DE ATENCAO A SAUDE AUDITIVA	TRIAGEM AUDITIVA NEONATAL	NÃO	NAO INFORMADO
121 - 008	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM	ULTRA-SONOGRAFIA POR TELEMEDICINA	NÃO	NAO INFORMADO
121 - 002	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM	ULTRASONOGRAFIA	NÃO	NAO INFORMADO

Outros

Nível de hierarquia	Tipo de unidade	Turno de atendimento
	HOSPITAL ESPECIALIZADO	ATENDIMENTO CONTINUO DE 24 HORAS/DIA (PLANTAO:INCLUI SABADOS, DOMINGOS E FERIADOS)
Hospital avaliado segundo o NBAH do MS		

O presente documento foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em quinta-feira, 31 de agosto de 2023 16:15:00 -03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de 2001. A autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

NÃO

Equipamentos/Rejeitos

Equipamentos

Equipamento	Existente	Em uso	SUS
EQUIPAMENTOS DE AUDIOLOGIA			
AUDIOMETRO DE DOIS CANAIS	1	1	SIM
AUDIOMETRO DE UM CANAL	1	1	SIM
EQUIPAMENTOS DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM			
Mamografo com Comando Simples	1	1	SIM
Mamografo com Estereotaxia	1	1	SIM
PROCESSADORA DE FILME EXCLUSIVA PARA MAMOGRAFIA	1	1	SIM
Raio X Dentario	1	1	SIM
Raio X ate 100 mA	2	2	SIM
Raio X de 100 a 500 mA	1	1	SIM
Ultrassom Doppler Colorido	2	2	SIM
Ultrassom Ecografo	1	1	SIM
EQUIPAMENTOS DE INFRA-ESTRUTURA			
Controle Ambiental/Ar-condicionado Central	3	3	SIM
Grupo Gerador	2	2	SIM
Usina de Oxigenio	1	1	SIM

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em quinta-feira, 31 de agosto de 2023 16:15:28 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

EQUIPAMENTOS DE ODONTOLOGIA			
Aparelho de Profilaxia c/ Jato de Bicarbonato	1	1	SIM
Caneta de Alta Rotacao	1	1	SIM
Caneta de Baixa Rotacao	1	1	SIM
Compressor Odontologico	1	1	SIM
Equipo Odontologico	1	1	SIM
Fotopolimerizador	1	1	SIM
EQUIPAMENTOS PARA MANUTENCAO DA VIDA			
Berço Aquecido	33	33	SIM
Bomba de Infusao	145	145	SIM
Desfibrilador	8	8	SIM
Equipamento de Fototerapia	40	40	SIM
Incubadora	20	20	SIM
Marcapasso Temporario	2	2	SIM
Monitor de ECG	35	35	SIM
Monitor de Pressao Invasivo	35	35	SIM
Monitor de Pressao Nao-Invasivo	35	35	SIM
Reanimador Pulmonar/AMBU	100	100	SIM
Respirador/Ventilador	24	24	SIM
EQUIPAMENTOS POR METODOS GRAFICOS			
Eletrocardiografo	11	11	SIM

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em quinta-feira, 31 de agosto de 2023 16:15:28 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

EQUIPAMENTOS POR METODOS OPTICOS			
Endoscopio Digestivo	1	1	SIM
Endoscopio das Vias Respiratorias	1	1	SIM
Endoscopio das Vias Urinarias	1	1	SIM
Laparoscopio/Vídeo	2	2	SIM

Resíduos/Rejeitos

Coleta Seletiva de Rejeito
RESIDUOS BIOLOGICOS
RESIDUOS QUIMICOS
REJEITOS RADIOATIVOS
RESIDUOS COMUNS

Vínculo com Cooperativa

Nenhum resultado para a consulta realizada.

Hospitalar - Leitos

Descrição	Leitos Existentes	Leitos SUS
COMPLEMENTAR		
UNIDADE DE CUIDADOS INTERMEDIARIOS NEONATAL CONVENCIONAL	29	0
UNIDADE INTERMEDIARIA NEONATAL	29	29
UTI ADULTO - TIPO II	10	10

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARIENTI GALIL, em quinta-feira, 31 de agosto de 2023 16:15:28 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

Descrição	Leitos Existentes	Leitos SUS
UTI NEONATAL - TIPO II	20	20
ESPEC - CIRURGICO		
GINECOLOGIA	6	6
ESPEC - CLINICO		
CLINICA GERAL	1	1
HOSPITAL DIA		
CIRURGICO/DIAGNOSTICO/TERAPEUTICO	7	7
OBSTETRICO		
OBSTETRICIA CIRURGICA	45	45
OBSTETRICIA CLINICA	5	5
PEDIATRICO		
PEDIATRIA CIRURGICA	1	1
PEDIATRIA CLINICA	3	3

Data desativação: -- Motivo desativação: --

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em quinta-feira, 31 de agosto de 2023 16:15:28 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

3. -QUALIDADE TÉCNICA

EXPERIÊNCIA ANTERIOR EM GESTÃO HOSPITALAR DA PROPONENTE:

EXPERIÊNCIA DA ORGANIZAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL - OSC NA GESTÃO DE HOSPITAIS POR QUANTIDADE IGUAL OU SUPERIOR A 50 LEITOS E INFERIOR A 100.

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em quinta-feira, 31 de agosto de 2023 16:15:28 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA

Considerando que o Contrato de Gestão nº 002/2012, celebrado entre a Secretaria de Estado de Saúde e Organização Social de Saúde Hospital Maternidade Therezinha de Jesus, possui por objeto a gestão e operacionalização dos serviços de saúde no **Complexo Regional de Mesquita – Maternidade e Clínica da Mulher**;

Considerando que a referida Unidade Hospitalar estrutura-se com perfil de atendimento voltado para gestante de baixo e médio risco e seus recém-nascidos;

Seguem dados de produção realizada no período de Novembro/2016 a Abril/2017 (06 meses), atestados pela Comissão de Acompanhamento e Fiscalização do Contrato de Gestão nº 002/2012:

PRODUÇÃO ASSISTENCIAL HOSPITAL	META CONTRATUAL	MÉDIA MENSAL
Procedimentos cirúrgicos, ginecológicos, obstétricos e partos (Saídas).	620	726
UTI Neonatal Cuidados Intensivos (Saídas)	40	25
Outras Internações (pacientes para obstetrícia e ginecologia) Saídas	100	176

Fonte: M:\COORDENAÇÃO\Produção Assistencial\HOSPITAL

PRODUÇÃO ASSISTENCIAL AMBULATORIAL	META CONTRATUAL	MÉDIA MENSAL
Pré-Natal, Puerpério e Ginecologia	3.000	4.122
Multiprofissional	1.800	1.274
Planejamento Familiar	600	297

Fonte: M:\COORDENAÇÃO\Produção Assistencial\HOSPITAL

PRODUÇÃO ASSISTENCIAL SADT	META CONTRATUAL	MÉDIA MENSAL
Ultrassonografia	1.020	1.027

Fonte: M:\COORDENAÇÃO\Produção Assistencial\HOSPITAL

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em quinta-feira, 31 de agosto de 2023 16:15:28 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

Isto posto, atesto para os devidos fins que a **Organização Social de Saúde Hospital Maternidade Therezinha de Jesus,** sediada na Rua da Assembleia, n° 10, sala 1422 – Centro – Rio de Janeiro/RJ, presta serviços de administração, gestão, operacionalização e gerenciamento hospitalar das ações e serviços no **Complexo Regional de Mesquita – Maternidade e Clínica da Mulher,** localizado na Avenida Doutor Carvalhães, nº 400 – Rocha Sobrinho – Mesquita/RJ.

Rio de Janeiro, 17 de outubro de 2017

LUIZ ANTONIO DE SOUZA TEIXEIRA JUNIOR
SECRETÁRIO DE ESTADO DE SAÚDE

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em quinta-feira, 31 de agosto de 2023 16:15:28 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

Ficha de Estabelecimento Identificação

Data: 09/08/2023

CNES: 7011857 Nome Fantasia: SES RJ COMPLEXO REG DE MESQUITA MATERNID E CLINICA DA CNPJ: --

Nome Empresarial: SECRETARIA DE ESTADO DE SAUDE DO RIO DE Natureza jurídica: ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA

Logradouro: RUA DOUTOR CARVALHAES Número: 400 Complemento: --

Bairro: ROCHA SOBRINHO Município: 330285 - MESQUITA UF: RJ

CEP: 26574-461 Telefone: 27976700 Dependência: MANTIDA Reg de Saúde: --

Tipo de Estabelecimento: HOSPITAL ESPECIALIZADO Subtipo: MATERNIDADE Gestão: ESTADUAL

Diretor Clínico/Gerente/Administrador: RICARDO IANNARELLA 30/07/2015

Cadastrado em: 02/06/2012 Atualização na base local: Última atualização Nacional: 10/01/2016

Horário de Funcionamento: NÃO INFORMADO

Caracterização

Atividade ensino/pesquisa	Código/natureza jurídica
UNIDADE SEM ATIVIDADE DE ENSINO	1023 - ORGAO PUBLICO DO PODER EXECUTIVO ESTADUAL OU DO DISTRITO FEDERAL

Infraestrutura

INTERNET

Conexão a internet	Tipo de conexão
SIM	CABO MODEM

TELEFONIA

Telefonia fixa	Telefonia móvel

O presente documento digital foi conferido com o original digitalizado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em quinta-feira, 31 de agosto de 2023 15:15:28 GMT. CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser conferida no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

SIM	SIM

Atendimento

Tipo de atendimento	Convênio
AMBULATORIAL	SUS
INTERNACAO	SUS
SADT	SUS
URGENCIA	SUS

Fluxo de clientela
03 - ATENDIMENTO DE DEMANDA ESPONTANEA E REFERENCIADA

Informações Gerais

Instalações físicas para assistência

Instalação	Qtde./Consultório	Leitos/Equipamentos
URGÊNCIA E EMERGÊNCIA		
CONSULTORIOS MEDICOS	2	1
SALA DE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICACAO DE RISCO	1	1
SALA DE ATENDIMENTO FEMININO	2	1
SALA DE HIGIENIZACAO	2	0
SALA REPOUSO/OBSERVACAO - FEMININO	1	4
SAIA DE ATENDIMENTO A PACIENTE CRITICO/SALA DE ESTABILIZACAO	1	1
AMBULATORIAL		

O presente documento digital foi conferido com o original digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em quinta-feira, 31 de agosto de 2023 às 16:15:28 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - 2º OFÍCIO DE NOTAS, nos termos da medida provisória nº 2.200-2 de 24 de 2001. Sua autenticidade deverá ser feita no endereço eletrônico enad.org.br/autenticidade. O documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

CLINICAS BASICAS	8	0
CLINICAS ESPECIALIZADAS	9	0
OUTROS CONSULTORIOS NAO MEDICOS	6	0
SALA DE ENFERMAGEM (SERVICOS)	1	0
HOSPITALAR		
LEITOS DE ALOJAMENTO CONJUNTO	35	2
LEITOS RN NORMAL	1	8
SALA DE CIRURGIA	2	1
SALA DE CIRURGIA	2	1
SALA DE PRE-PARTO	12	1
SALA DE RECUPERACAO	1	3

Serviços de

Serviço	Característica
AMBULANCIA	PROPRIO
CENTRAL DE ESTERILIZACAO DE MATERIAIS	TERCEIRIZADO
FARMACIA	PROPRIO
LACTARIO	PROPRIO
LAVANDERIA	TERCEIRIZADO
NECROTERIO	PROPRIO
NUTRICAO E DIETETICA (S.N.D.)	PROPRIO
S.A.M.E. OU S.P.P.(Serviço de Prontuario de Paciente)	PROPRIO

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em quinta-feira, 31 de agosto de 2023 16:15:28 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

SERVICO DE MANUTENCAO DE EQUIPAMENTOS	TERCEIRIZADO
SERVICO SOCIAL	PROPRIO

Serviços especializados

			Ambulatorial		Hospitalar	
Código	Serviço	Característica	SUS	Não SUS	SUS	Não SUS
107	SERVICO DE ATENCAO A SAUDE AUDITIVA	PROPRIO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
112	SERVICO DE ATENCAO AO PRE-NATAL, PARTO E NASCIMENTO	PROPRIO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
103	SERVICO DE ATENDIMENTO MOVEL DE URGENCIAS	PROPRIO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
163	SERVICO DE CUIDADOS INTERMEDIARIOS	PROPRIO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
145	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	TERCEIRIZADO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
120	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR ANATOMIA PATOLOGICA EOU CITOPATO	TERCEIRIZADO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
121	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM	PROPRIO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
122	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR METODOS GRAFICOS DINAMICOS	PROPRIO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
125	SERVICO DE FARMACIA	PROPRIO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
126	SERVICO DE FISIOTERAPIA	PROPRIO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
128	SERVICO DE HEMOTERAPIA	PROPRIO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
128	SERVICO DE HEMOTERAPIA	TERCEIRIZADO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
131	SERVICO DE OFTALMOLOGIA	TERCEIRIZADO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
136	SERVICO DE SUPORTE NUTRICIONAL	PROPRIO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
139	SERVICO DE TRIAGEM NEONATAL	PROPRIO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
140	SERVICO DE URGENCIA E EMERGENCIA	PROPRIO	SIM	NÃO	SIM	NÃO

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por CLEIDE ARIA GUARNIERI GALLI em quinta-feira, 31 de agostb de 2023 16:15:28 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTORIO DO 2º OFICIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

Comissões e

Descrição
ETICA DE ENFERMAGEM
CONTROLE DE INFECCAO HOSPITALAR
CIPA
REVISAO DE DOCUMENTAÇAO MEDICA E ESTATISTICA
MORTALIDADE NEONATAL
ETICA MEDICA
APROPRIACAO DE CUSTOS
PADRONIZACAO DE MEDICAMENTOS
REVISAO DE PRONTUARIOS
MORTALIDADE MATERNA

Serviços e Classificação

Código	Serviço	Classificação	Terceiro	CNES
112 - 001	SERVICO DE ATENCAO AO PRE-NATAL, PARTO E NASCIMENTO	ACOMPANHAMENTO DO PRE-NATAL DE RISCO HABITUAL	NÃO	NAO INFORMADO
103 - 001	SERVICO DE ATENDIMENTO MOVEL DE URGENCIAS	AMBULANCIA DE TRANSPORTE	NÃO	NAO INFORMADO
126 - 004	SERVICO DE FISIOTERAPIA	ASSISTENCIA FISIOTERAPEUTICA CARDIOVASCULARES E PNEUMOFUNCI	NÃO	NAO INFORMADO
126 - 001	SERVICO DE FISIOTERAPIA	ASSISTENCIA FISIOTERAPEUTICA EM ALTERACOES OBSTETRICAS NEON	NÃO	NAO INFORMADO
126 - 005	SERVICO DE FISIOTERAPIA	ASSISTENCIA FISIOTERAPEUTICA NAS DISFUNCOES MUSCULO ESQUELET	NÃO	NAO INFORMADO
107 - 004	SERVICO DE ATENCAO A SAUDE AUDITIVA	DIAGNOSTICO EM AUDIOLOGIA/OTOLOGIA	NÃO	NAO INFORMADO
128 - 002	SERVICO DE HEMOTERAPIA	DIAGNOSTICO EM HEMOTERAPIA	SIM	2295067

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em quinta-feira, 31 de agosto de 2023 16:15:28 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

131 - 001	SERVICO DE OFTALMOLOGIA	DIAGNOSTICO EM OFTALMOLOGIA	SIM	6820301
136 - 001	SERVICO DE SUPORTE NUTRICIONAL	ENTERAL	NÃO	NAO INFORMADO
136 - 002	SERVICO DE SUPORTE NUTRICIONAL	ENTERAL PARENTERAL	NÃO	NAO INFORMADO
140 - 004	SERVICO DE URGENCIA E EMERGENCIA	ESTABILIZACAO DE PACIENTE CRITICO/GRAVE EM SALA DE ESTABILIZ	NÃO	NAO INFORMADO
122 - 003	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR METODOS GRAFICOS DINAMICOS	EXAME ELETROCARDIOGRAFICO	NÃO	NAO INFORMADO
120 - 001	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR ANATOMIA PATOLOGICA EOU CITOPATO	EXAMES ANATOMOPATOLOGICOS	SIM	3498492
145 - 001	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES BIOQUIMICOS	SIM	6329934
120 - 002	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR ANATOMIA PATOLOGICA EOU CITOPATO	EXAMES CITOPATOLOGICOS	SIM	3498492
145 - 004	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES COPROLOGICOS	SIM	6329934
145 - 005	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES DE UROANALISE	SIM	6329934
145 - 010	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES EM OUTROS LIQUIDOS BIOLOGICOS	SIM	6329934
145 - 002	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES HEMATOLOGICOS E HEMOSTASIA	SIM	6329934
145 - 006	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES HORMONAIS	SIM	6329934
145 - 013	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES IMUNOHEMATOLOGICOS	SIM	6329934
145 - 009	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES MICROBIOLOGICOS	SIM	6329934
145 - 012	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES PARA TRIAGEM NEONATAL	SIM	6329934
145 - 003	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES SOROLOGICOS E IMUNOLOGICOS	SIM	6329934
145 - 008	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES TOXICOLOGICOS OU DE MONITORIZACAO TERAPEUTICA	SIM	6329934
125 - 006	SERVICO DE FARMACIA	FARMACIA HOSPITALAR	NÃO	NAO INFORMADO
128 - 004	SERVICO DE HEMOTERAPIA	MEDICINA TRANSFUSIONAL	SIM	2295067
128 - 004	SERVICO DE HEMOTERAPIA	MEDICINA TRANSFUSIONAL	NÃO	NAO INFORMADO

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em quinta-feira, 31 de agosto de 2023 16:15:28 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

163 - 001	SERVICO DE CUIDADOS INTERMEDIARIOS	NEONATAL CONVENCIONAL	NÃO	NAO INFORMADO
112 - 003	SERVICO DE ATENCAO AO PRE-NATAL, PARTO E NASCIMENTO	PARTO EM GESTACAO DE RISCO HABITUAL	NÃO	NAO INFORMADO
140 - 008	SERVICO DE URGENCIA E EMERGENCIA	PRONTO ATENDIMENTO OBSTETRICO	NÃO	NAO INFORMADO
121 - 001	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM	RADIOLOGIA	NÃO	NAO INFORMADO
139 - 004	SERVICO DE TRIAGEM NEONATAL	TRATAMENTO RECEM NASCIDO COM OUTRAS DOENCAS CONGENITAS	NÃO	NAO INFORMADO
121 - 002	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM	ULTRASONOGRAFIA	NÃO	NAO INFORMADO

Outros

Nível de hierarquia	Tipo de unidade	Turno de atendimento
	HOSPITAL ESPECIALIZADO	ATENDIMENTO CONTINUO DE 24 HORAS/DIA (PLANTAO:INCLUI SABADOS, DOMINGOS E FERIADOS)

Hospital avaliado segundo o NBAH do MS
NÃO

Instalações físicas para assistência

Instalação	Qtde./Consultório	Leitos/Equipamentos
URGÊNCIA E EMERGÊNCIA		
CONSULTORIOS MEDICOS	2	1
SALA DE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICACAO DE RISCO	1	1
SALA DE ATENDIMENTO FEMININO	2	1
SALA DE HIGIENIZACAO	2	0
SALA REPOUSO/OBSERVACAO - FEMININO	1	4
SAIA DE ATENDIMENTO A PACIENTE CRITICO/SALA DE ESTABILIZACAO	1	1
AMBULATORIAL		

ARNIERI GALIL, em quinta-feira, 31 de
termos da medida provisória N. 2.200-2
d.org.br/autenticidade. O presente
DÊ MAF
DTAS/M
ico ww
no endereço
digitalmente
DO 2º OFÍCIC
umento digital foi conferido com o origin
16:15:28 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 -
agosto d
o de 2001. Sua autenticidade deverá se
de 24 de
O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

CLINICAS BASICAS	8	0
CLINICAS ESPECIALIZADAS	9	0
OUTROS CONSULTORIOS NAO MEDICOS	6	0
SALA DE ENFERMAGEM (SERVICOS)	1	0
HOSPITALAR		
LEITOS DE ALOJAMENTO CONJUNTO	35	2
LEITOS RN NORMAL	1	8
SALA DE CIRURGIA	2	1
SALA DE CIRURGIA	2	1
SALA DE PRE-PARTO	12	1
SALA DE RECUPERACAO	1	3

Serviços de

Serviço	Característica
AMBULANCIA	PROPRIO
CENTRAL DE ESTERILIZACAO DE MATERIAIS	TERCEIRIZADO
FARMACIA	PROPRIO
LACTARIO	PROPRIO
LAVANDERIA	TERCEIRIZADO
NECROTERIO	PROPRIO
NUTRICAO E DIETETICA (S.N.D.)	PROPRIO
S.A.M.E. OU S.P.P.(Serviço de Prontuario de Paciente)	PROPRIO

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em quinta-feira, 31 de agosto de 2023 16:15:28 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

SERVICO DE MANUTENCAO DE EQUIPAMENTOS	TERCEIRIZADO
SERVICO SOCIAL	PROPRIO

Serviços especializados

			Ambulatorial		Hospitalar	
Código	Serviço	Característica	SUS	Não SUS	SUS	Não SUS
107	SERVICO DE ATENCAO A SAUDE AUDITIVA	PROPRIO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
112	SERVICO DE ATENCAO AO PRE-NATAL, PARTO E NASCIMENTO	PROPRIO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
103	SERVICO DE ATENDIMENTO MOVEL DE URGENCIAS	PROPRIO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
163	SERVICO DE CUIDADOS INTERMEDIARIOS	PROPRIO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
145	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	TERCEIRIZADO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
120	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR ANATOMIA PATOLOGICA EOU CITOPATO	TERCEIRIZADO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
121	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM	PROPRIO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
122	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR METODOS GRAFICOS DINAMICOS	PROPRIO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
125	SERVICO DE FARMACIA	PROPRIO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
126	SERVICO DE FISIOTERAPIA	PROPRIO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
128	SERVICO DE HEMOTERAPIA	PROPRIO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
128	SERVICO DE HEMOTERAPIA	TERCEIRIZADO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
131	SERVICO DE OFTALMOLOGIA	TERCEIRIZADO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
136	SERVICO DE SUPORTE NUTRICIONAL	PROPRIO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
139	SERVICO DE TRIAGEM NEONATAL	PROPRIO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
140	SERVICO DE URGENCIA E EMERGENCIA	PROPRIO	SIM	NÃO	SIM	NÃO

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, em quinta-feira, 31 de agostb de 2023 16:15:28 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

Comissões e

Descrição
ETICA DE ENFERMAGEM
CONTROLE DE INFECCAO HOSPITALAR
CIPA
REVISAO DE DOCUMENTAÇAO MEDICA E ESTATISTICA
MORTALIDADE NEONATAL
ETICA MEDICA
APROPRIACAO DE CUSTOS
PADRONIZACAO DE MEDICAMENTOS
REVISAO DE PRONTUARIOS
MORTALIDADE MATERNA

Serviços e Classificação

Código	Serviço	Classificação	Terceiro	CNES
112 - 001	SERVICO DE ATENCAO AO PRE-NATAL, PARTO E NASCIMENTO	ACOMPANHAMENTO DO PRE-NATAL DE RISCO HABITUAL	NÃO	NAO INFORMADO
103 - 001	SERVICO DE ATENDIMENTO MOVEL DE URGENCIAS	AMBULANCIA DE TRANSPORTE	NÃO	NAO INFORMADO
126 - 004	SERVICO DE FISIOTERAPIA	ASSISTENCIA FISIOTERAPEUTICA CARDIOVASCULARES E PNEUMOFUNCI	NÃO	NAO INFORMADO
126 - 001	SERVICO DE FISIOTERAPIA	ASSISTENCIA FISIOTERAPEUTICA EM ALTERACOES OBSTETRICAS NEON	NÃO	NAO INFORMADO
126 - 005	SERVICO DE FISIOTERAPIA	ASSISTENCIA FISIOTERAPEUTICA NAS DISFUNCOES MUSCULO ESQUELET	NÃO	NAO INFORMADO
107 - 004	SERVICO DE ATENCAO A SAUDE AUDITIVA	DIAGNOSTICO EM AUDIOLOGIA/OTOLOGIA	NÃO	NAO INFORMADO
128 - 002	SERVICO DE HEMOTERAPIA	DIAGNOSTICO EM HEMOTERAPIA	SIM	2295067

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em quinta-feira, 31 de agosto de 2023 16:15:28 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

131 - 001	SERVICO DE OFTALMOLOGIA	DIAGNOSTICO EM OFTALMOLOGIA	SIM	6820301
136 - 001	SERVICO DE SUPORTE NUTRICIONAL	ENTERAL	NÃO	NAO INFORMADO
136 - 002	SERVICO DE SUPORTE NUTRICIONAL	ENTERAL PARENTERAL	NÃO	NAO INFORMADO
140 - 004	SERVICO DE URGENCIA E EMERGENCIA	ESTABILIZACAO DE PACIENTE CRITICO/GRAVE EM SALA DE ESTABILIZ	NÃO	NAO INFORMADO
122 - 003	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR METODOS GRAFICOS DINAMICOS	EXAME ELETROCARDIOGRAFICO	NÃO	NAO INFORMADO
120 - 001	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR ANATOMIA PATOLOGICA EOU CITOPATO	EXAMES ANATOMOPATOLOGICOS	SIM	3498492
145 - 001	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES BIOQUIMICOS	SIM	6329934
120 - 002	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR ANATOMIA PATOLOGICA EOU CITOPATO	EXAMES CITOPATOLOGICOS	SIM	3498492
145 - 004	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES COPROLOGICOS	SIM	6329934
145 - 005	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES DE UROANALISE	SIM	6329934
145 - 010	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES EM OUTROS LIQUIDOS BIOLOGICOS	SIM	6329934
145 - 002	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES HEMATOLOGICOS E HEMOSTASIA	SIM	6329934
145 - 006	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES HORMONAIS	SIM	6329934
145 - 013	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES IMUNOHEMATOLOGICOS	SIM	6329934
145 - 009	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES MICROBIOLOGICOS	SIM	6329934
145 - 012	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES PARA TRIAGEM NEONATAL	SIM	6329934
145 - 003	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES SOROLOGICOS E IMUNOLOGICOS	SIM	6329934
145 - 008	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES TOXICOLOGICOS OU DE MONITORIZACAO TERAPEUTICA	SIM	6329934
125 - 006	SERVICO DE FARMACIA	FARMACIA HOSPITALAR	NÃO	NAO INFORMADO
128 - 004	SERVICO DE HEMOTERAPIA	MEDICINA TRANSFUSIONAL	SIM	2295067
128 - 004	SERVICO DE HEMOTERAPIA	MEDICINA TRANSFUSIONAL	NÃO	NAO INFORMADO

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em quinta-feira, 31 de agosto de 2023 16:15:28 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

163 - 001	SERVICO DE CUIDADOS INTERMEDIARIOS	NEONATAL CONVENCIONAL	NÃO	NAO INFORMADO
112 - 003	SERVICO DE ATENCAO AO PRE-NATAL, PARTO E NASCIMENTO	PARTO EM GESTACAO DE RISCO HABITUAL	NÃO	NAO INFORMADO
140 - 008	SERVICO DE URGENCIA E EMERGENCIA	PRONTO ATENDIMENTO OBSTETRICO	NÃO	NAO INFORMADO
121 - 001	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM	RADIOLOGIA	NÃO	NAO INFORMADO
139 - 004	SERVICO DE TRIAGEM NEONATAL	TRATAMENTO RECEM NASCIDO COM OUTRAS DOENCAS CONGENITAS	NÃO	NAO INFORMADO
121 - 002	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM	ULTRASONOGRAFIA	NÃO	NAO INFORMADO

Outros

Nível de hierarquia	Tipo de unidade	Turno de atendimento
	HOSPITAL ESPECIALIZADO	ATENDIMENTO CONTINUO DE 24 HORAS/DIA (PLANTAO:INCLUI SABADOS, DOMINGOS E FERIADOS)

Hospital avaliado segundo o NBAH do MS
NÃO

Instalações físicas para assistência

Instalação	Qtde./Consultório	Leitos/Equipamentos
URGÊNCIA E EMERGÊNCIA		
CONSULTORIOS MEDICOS	2	1
SALA DE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICACAO DE RISCO	1	1
SALA DE ATENDIMENTO FEMININO	2	1
SALA DE HIGIENIZACAO	2	0
SALA REPOUSO/OBSERVACAO - FEMININO	1	4
SAIA DE ATENDIMENTO A PACIENTE CRITICO/SALA DE ESTABILIZACAO	1	1
AMBULATORIAL		

O presente documento digital foi conferido com o original digitalmente ARNIERI GALIL, em quinta-feira, 31 de agosto de 2021 16:15:28 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - DÊ MAR DTAS/M ico ww d.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22. termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de 2001. Sua autenticidade deverá se no endereço DO 2º OFÍCIO

CLINICAS BASICAS	8	0
CLINICAS ESPECIALIZADAS	9	0
OUTROS CONSULTORIOS NAO MEDICOS	6	0
SALA DE ENFERMAGEM (SERVICOS)	1	0
HOSPITALAR		
LEITOS DE ALOJAMENTO CONJUNTO	35	2
LEITOS RN NORMAL	1	8
SALA DE CIRURGIA	2	1
SALA DE CIRURGIA	2	1
SALA DE PRE-PARTO	12	1
SALA DE RECUPERACAO	1	3

Serviços de

Serviço	Característica
AMBULANCIA	PROPRIO
CENTRAL DE ESTERILIZACAO DE MATERIAIS	TERCEIRIZADO
FARMACIA	PROPRIO
LACTARIO	PROPRIO
LAVANDERIA	TERCEIRIZADO
NECROTERIO	PROPRIO
NUTRICAO E DIETETICA (S.N.D.)	PROPRIO
S.A.M.E. OU S.P.P.(Serviço de Prontuario de Paciente)	PROPRIO

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em quinta-feira, 31 de agosto de 2023 16:15:28 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

SERVICO DE MANUTENCAO DE EQUIPAMENTOS	TERCEIRIZADO
SERVICO SOCIAL	PROPRIO

Serviços especializados

			Ambulatorial		Hospitalar	
Código	Serviço	Característica	SUS	Não SUS	SUS	Não SUS
107	SERVICO DE ATENCAO A SAUDE AUDITIVA	PROPRIO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
112	SERVICO DE ATENCAO AO PRE-NATAL, PARTO E NASCIMENTO	PROPRIO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
103	SERVICO DE ATENDIMENTO MOVEL DE URGENCIAS	PROPRIO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
163	SERVICO DE CUIDADOS INTERMEDIARIOS	PROPRIO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
145	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	TERCEIRIZADO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
120	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR ANATOMIA PATOLOGICA EOU CITOPATO	TERCEIRIZADO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
121	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM	PROPRIO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
122	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR METODOS GRAFICOS DINAMICOS	PROPRIO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
125	SERVICO DE FARMACIA	PROPRIO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
126	SERVICO DE FISIOTERAPIA	PROPRIO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
128	SERVICO DE HEMOTERAPIA	PROPRIO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
128	SERVICO DE HEMOTERAPIA	TERCEIRIZADO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
131	SERVICO DE OFTALMOLOGIA	TERCEIRIZADO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
136	SERVICO DE SUPORTE NUTRICIONAL	PROPRIO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
139	SERVICO DE TRIAGEM NEONATAL	PROPRIO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
140	SERVICO DE URGENCIA E EMERGENCIA	PROPRIO	SIM	NÃO	SIM	NÃO

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, em quinta-feira, 31 de agosto de 2023 16:15:28 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

Comissões e

Descrição
ETICA DE ENFERMAGEM
CONTROLE DE INFECCAO HOSPITALAR
CIPA
REVISAO DE DOCUMENTAÇAO MEDICA E ESTATISTICA
MORTALIDADE NEONATAL
ETICA MEDICA
APROPRIACAO DE CUSTOS
PADRONIZACAO DE MEDICAMENTOS
REVISAO DE PRONTUARIOS
MORTALIDADE MATERNA

Serviços e Classificação

Código	Serviço	Classificação	Terceiro	CNES
112 - 001	SERVICO DE ATENCAO AO PRE-NATAL, PARTO E NASCIMENTO	ACOMPANHAMENTO DO PRE-NATAL DE RISCO HABITUAL	NÃO	NAO INFORMADO
103 - 001	SERVICO DE ATENDIMENTO MOVEL DE URGENCIAS	AMBULANCIA DE TRANSPORTE	NÃO	NAO INFORMADO
126 - 004	SERVICO DE FISIOTERAPIA	ASSISTENCIA FISIOTERAPEUTICA CARDIOVASCULARES E PNEUMOFUNCI	NÃO	NAO INFORMADO
126 - 001	SERVICO DE FISIOTERAPIA	ASSISTENCIA FISIOTERAPEUTICA EM ALTERACOES OBSTETRICAS NEON	NÃO	NAO INFORMADO
126 - 005	SERVICO DE FISIOTERAPIA	ASSISTENCIA FISIOTERAPEUTICA NAS DISFUNCOES MUSCULO ESQUELET	NÃO	NAO INFORMADO
107 - 004	SERVICO DE ATENCAO A SAUDE AUDITIVA	DIAGNOSTICO EM AUDIOLOGIA/OTOLOGIA	NÃO	NAO INFORMADO
128 - 002	SERVICO DE HEMOTERAPIA	DIAGNOSTICO EM HEMOTERAPIA	SIM	2295067

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em quinta-feira, 31 de agosto de 2023 16:15:28 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

131 - 001	SERVICO DE OFTALMOLOGIA	DIAGNOSTICO EM OFTALMOLOGIA	SIM	6820301
136 - 001	SERVICO DE SUPORTE NUTRICIONAL	ENTERAL	NÃO	NAO INFORMADO
136 - 002	SERVICO DE SUPORTE NUTRICIONAL	ENTERAL PARENTERAL	NÃO	NAO INFORMADO
140 - 004	SERVICO DE URGENCIA E EMERGENCIA	ESTABILIZACAO DE PACIENTE CRITICO/GRAVE EM SALA DE ESTABILIZ	NÃO	NAO INFORMADO
122 - 003	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR METODOS GRAFICOS DINAMICOS	EXAME ELETROCARDIOGRAFICO	NÃO	NAO INFORMADO
120 - 001	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR ANATOMIA PATOLOGICA EOU CITOPATO	EXAMES ANATOMOPATOLOGICOS	SIM	3498492
145 - 001	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES BIOQUIMICOS	SIM	6329934
120 - 002	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR ANATOMIA PATOLOGICA EOU CITOPATO	EXAMES CITOPATOLOGICOS	SIM	3498492
145 - 004	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES COPROLOGICOS	SIM	6329934
145 - 005	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES DE UROANALISE	SIM	6329934
145 - 010	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES EM OUTROS LIQUIDOS BIOLOGICOS	SIM	6329934
145 - 002	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES HEMATOLOGICOS E HEMOSTASIA	SIM	6329934
145 - 006	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES HORMONAIS	SIM	6329934
145 - 013	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES IMUNOHEMATOLOGICOS	SIM	6329934
145 - 009	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES MICROBIOLOGICOS	SIM	6329934
145 - 012	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES PARA TRIAGEM NEONATAL	SIM	6329934
145 - 003	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES SOROLOGICOS E IMUNOLOGICOS	SIM	6329934
145 - 008	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES TOXICOLOGICOS OU DE MONITORIZACAO TERAPEUTICA	SIM	6329934
125 - 006	SERVICO DE FARMACIA	FARMACIA HOSPITALAR	NÃO	NAO INFORMADO
128 - 004	SERVICO DE HEMOTERAPIA	MEDICINA TRANSFUSIONAL	SIM	2295067
128 - 004	SERVICO DE HEMOTERAPIA	MEDICINA TRANSFUSIONAL	NÃO	NAO INFORMADO

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em quinta-feira, 31 de agosto de 2023 16:15:28 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

163 - 001	SERVICO DE CUIDADOS INTERMEDIARIOS	NEONATAL CONVENCIONAL	NÃO	NAO INFORMADO
112 - 003	SERVICO DE ATENCAO AO PRE-NATAL, PARTO E NASCIMENTO	PARTO EM GESTACAO DE RISCO HABITUAL	NÃO	NAO INFORMADO
140 - 008	SERVICO DE URGENCIA E EMERGENCIA	PRONTO ATENDIMENTO OBSTETRICO	NÃO	NAO INFORMADO
121 - 001	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM	RADIOLOGIA	NÃO	NAO INFORMADO
139 - 004	SERVICO DE TRIAGEM NEONATAL	TRATAMENTO RECEM NASCIDO COM OUTRAS DOENCAS CONGENITAS	NÃO	NAO INFORMADO
121 - 002	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM	ULTRASONOGRAFIA	NÃO	NAO INFORMADO

Outros

Nível de hierarquia	Tipo de unidade	Turno de atendimento
	HOSPITAL ESPECIALIZADO	ATENDIMENTO CONTINUO DE 24 HORAS/DIA (PLANTAO:INCLUI SABADOS, DOMINGOS E FERIADOS)

Hospital avaliado segundo o NBAH do MS
NÃO

Instalações físicas para assistência

Instalação	Qtde./Consultório	Leitos/Equipamentos
URGÊNCIA E EMERGÊNCIA		
CONSULTORIOS MEDICOS	2	1
SALA DE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICACAO DE RISCO	1	1
SALA DE ATENDIMENTO FEMININO	2	1
SALA DE HIGIENIZACAO	2	0
SALA REPOUSO/OBSERVACAO - FEMININO	1	4
SAIA DE ATENDIMENTO A PACIENTE CRITICO/SALA DE ESTABILIZACAO	1	1
AMBULATORIAL		

O presente documento digital foi conferido com o original digitalmente ARNIERI GALIL, em quinta-feira, 31 de agosto de 2023 16:15:28 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - DÊ MAR DTAS/M ico ww no endereço d.org.br/autenticidade. O presente de 24 de 2001. Sua autenticidade deverá se termos da medida provisória N. 2.200-2 DO 2º OFÍCIO documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

CLINICAS BASICAS	8	0
CLINICAS ESPECIALIZADAS	9	0
OUTROS CONSULTORIOS NAO MEDICOS	6	0
SALA DE ENFERMAGEM (SERVICOS)	1	0
HOSPITALAR		
LEITOS DE ALOJAMENTO CONJUNTO	35	2
LEITOS RN NORMAL	1	8
SALA DE CIRURGIA	2	1
SALA DE CIRURGIA	2	1
SALA DE PRE-PARTO	12	1
SALA DE RECUPERACAO	1	3

Serviços de

Serviço	Característica
AMBULANCIA	PROPRIO
CENTRAL DE ESTERILIZACAO DE MATERIAIS	TERCEIRIZADO
FARMACIA	PROPRIO
LACTARIO	PROPRIO
LAVANDERIA	TERCEIRIZADO
NECROTERIO	PROPRIO
NUTRICAO E DIETETICA (S.N.D.)	PROPRIO
S.A.M.E. OU S.P.P.(Serviço de Prontuario de Paciente)	PROPRIO

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em quinta-feira, 31 de agosto de 2023 16:15:28 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

SERVICO DE MANUTENCAO DE EQUIPAMENTOS	TERCEIRIZADO
SERVICO SOCIAL	PROPRIO

Serviços especializados

			Ambulatorial		Hospitalar	
Código	Serviço	Característica	SUS	Não SUS	SUS	Não SUS
107	SERVICO DE ATENCAO A SAUDE AUDITIVA	PROPRIO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
112	SERVICO DE ATENCAO AO PRE-NATAL, PARTO E NASCIMENTO	PROPRIO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
103	SERVICO DE ATENDIMENTO MOVEL DE URGENCIAS	PROPRIO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
163	SERVICO DE CUIDADOS INTERMEDIARIOS	PROPRIO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
145	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	TERCEIRIZADO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
120	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR ANATOMIA PATOLOGICA EOU CITOPATO	TERCEIRIZADO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
121	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM	PROPRIO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
122	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR METODOS GRAFICOS DINAMICOS	PROPRIO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
125	SERVICO DE FARMACIA	PROPRIO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
126	SERVICO DE FISIOTERAPIA	PROPRIO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
128	SERVICO DE HEMOTERAPIA	PROPRIO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
128	SERVICO DE HEMOTERAPIA	TERCEIRIZADO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
131	SERVICO DE OFTALMOLOGIA	TERCEIRIZADO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
136	SERVICO DE SUPORTE NUTRICIONAL	PROPRIO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
139	SERVICO DE TRIAGEM NEONATAL	PROPRIO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
140	SERVICO DE URGENCIA E EMERGENCIA	PROPRIO	SIM	NÃO	SIM	NÃO

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por CIDÉLIA MARIA GUARNIERI GALLI em quinta-feira, 31 de agosto de 2023 16:15:28 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

Comissões e

Descrição
ETICA DE ENFERMAGEM
CONTROLE DE INFECCAO HOSPITALAR
CIPA
REVISAO DE DOCUMENTAÇAO MEDICA E ESTATISTICA
MORTALIDADE NEONATAL
ETICA MEDICA
APROPRIACAO DE CUSTOS
PADRONIZACAO DE MEDICAMENTOS
REVISAO DE PRONTUARIOS
MORTALIDADE MATERNA

Serviços e Classificação

Código	Serviço	Classificação	Terceiro	CNES
112 - 001	SERVICO DE ATENCAO AO PRE-NATAL, PARTO E NASCIMENTO	ACOMPANHAMENTO DO PRE-NATAL DE RISCO HABITUAL	NÃO	NAO INFORMADO
103 - 001	SERVICO DE ATENDIMENTO MOVEL DE URGENCIAS	AMBULANCIA DE TRANSPORTE	NÃO	NAO INFORMADO
126 - 004	SERVICO DE FISIOTERAPIA	ASSISTENCIA FISIOTERAPEUTICA CARDIOVASCULARES E PNEUMOFUNCI	NÃO	NAO INFORMADO
126 - 001	SERVICO DE FISIOTERAPIA	ASSISTENCIA FISIOTERAPEUTICA EM ALTERACOES OBSTETRICAS NEON	NÃO	NAO INFORMADO
126 - 005	SERVICO DE FISIOTERAPIA	ASSISTENCIA FISIOTERAPEUTICA NAS DISFUNCOES MUSCULO ESQUELET	NÃO	NAO INFORMADO
107 - 004	SERVICO DE ATENCAO A SAUDE AUDITIVA	DIAGNOSTICO EM AUDIOLOGIA/OTOLOGIA	NÃO	NAO INFORMADO
128 - 002	SERVICO DE HEMOTERAPIA	DIAGNOSTICO EM HEMOTERAPIA	SIM	2295067

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em quinta-feira, 31 de agosto de 2023 16:15:28 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

131 - 001	SERVICO DE OFTALMOLOGIA	DIAGNOSTICO EM OFTALMOLOGIA	SIM	6820301
136 - 001	SERVICO DE SUPORTE NUTRICIONAL	ENTERAL	NÃO	NAO INFORMADO
136 - 002	SERVICO DE SUPORTE NUTRICIONAL	ENTERAL PARENTERAL	NÃO	NAO INFORMADO
140 - 004	SERVICO DE URGENCIA E EMERGENCIA	ESTABILIZACAO DE PACIENTE CRITICO/GRAVE EM SALA DE ESTABILIZ	NÃO	NAO INFORMADO
122 - 003	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR METODOS GRAFICOS DINAMICOS	EXAME ELETROCARDIOGRAFICO	NÃO	NAO INFORMADO
120 - 001	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR ANATOMIA PATOLOGICA EOU CITOPATO	EXAMES ANATOMOPATOLOGICOS	SIM	3498492
145 - 001	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES BIOQUIMICOS	SIM	6329934
120 - 002	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR ANATOMIA PATOLOGICA EOU CITOPATO	EXAMES CITOPATOLOGICOS	SIM	3498492
145 - 004	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES COPROLOGICOS	SIM	6329934
145 - 005	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES DE UROANALISE	SIM	6329934
145 - 010	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES EM OUTROS LIQUIDOS BIOLOGICOS	SIM	6329934
145 - 002	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES HEMATOLOGICOS E HEMOSTASIA	SIM	6329934
145 - 006	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES HORMONAIS	SIM	6329934
145 - 013	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES IMUNOHEMATOLOGICOS	SIM	6329934
145 - 009	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES MICROBIOLOGICOS	SIM	6329934
145 - 012	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES PARA TRIAGEM NEONATAL	SIM	6329934
145 - 003	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES SOROLOGICOS E IMUNOLOGICOS	SIM	6329934
145 - 008	SERVICO DE DIAGNOSTICO DE LABORATORIO CLINICO	EXAMES TOXICOLOGICOS OU DE MONITORIZACAO TERAPEUTICA	SIM	6329934
125 - 006	SERVICO DE FARMACIA	FARMACIA HOSPITALAR	NÃO	NAO INFORMADO
128 - 004	SERVICO DE HEMOTERAPIA	MEDICINA TRANSFUSIONAL	SIM	2295067
128 - 004	SERVICO DE HEMOTERAPIA	MEDICINA TRANSFUSIONAL	NÃO	NAO INFORMADO

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em quinta-feira, 31 de agosto de 2023 16:15:28 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

163 - 001	SERVICO DE CUIDADOS INTERMEDIARIOS	NEONATAL CONVENCIONAL	NÃO	NAO INFORMADO
112 - 003	SERVICO DE ATENCAO AO PRE-NATAL, PARTO E NASCIMENTO	PARTO EM GESTACAO DE RISCO HABITUAL	NÃO	NAO INFORMADO
140 - 008	SERVICO DE URGENCIA E EMERGENCIA	PRONTO ATENDIMENTO OBSTETRICO	NÃO	NAO INFORMADO
121 - 001	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM	RADIOLOGIA	NÃO	NAO INFORMADO
139 - 004	SERVICO DE TRIAGEM NEONATAL	TRATAMENTO RECEM NASCIDO COM OUTRAS DOENCAS CONGENITAS	NÃO	NAO INFORMADO
121 - 002	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM	ULTRASONOGRAFIA	NÃO	NAO INFORMADO

Outros

Nível de hierarquia	Tipo de unidade	Turno de atendimento
	HOSPITAL ESPECIALIZADO	ATENDIMENTO CONTINUO DE 24 HORAS/DIA (PLANTAO:INCLUI SABADOS, DOMINGOS E FERIADOS)
Hospital avaliado segundo o NBAH do MS		
NÃO		

Equipamentos/Rejeitos

Equipamentos

Equipamento	Existente	Em uso	SUS
EQUIPAMENTOS DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM			
Raio X de 100 a 500 mA	1	1	SIM
Ultrassom Doppler Colorido	4	4	SIM
EQUIPAMENTOS DE INFRA-ESTRUTURA			
Controle Ambiental/Ar-condicionado Central	1	1	SIM
Grupo Gerador	1	1	SIM

O presente documento digital foi conferido com o o[illegible] assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALLI, em quinta-feira, 31 de agosto de 2023 16:15:28 GMT-03:00, CNS: 04.116.[illegible]RTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

EQUIPAMENTOS PARA MANUTENCAO DA VIDA			
Berço Aquecido	20	20	SIM
Bomba de Infusao	15	15	SIM
Desfibrilador	4	4	SIM
Equipamento de Fototerapia	1	1	SIM
Incubadora	6	6	SIM
Monitor de ECG	13	13	SIM
Monitor de Pressao Nao-Invasivo	11	11	SIM
Reanimador Pulmonar/AMBU	8	8	SIM
Respirador/Ventilador	2	2	SIM
EQUIPAMENTOS POR METODOS GRAFICOS			
Eletrocardiografo	1	1	SIM

Resíduos/Rejeitos

Coleta Seletiva de Rejeito
RESIDUOS BIOLOGICOS
RESIDUOS QUIMICOS
REJEITOS RADIOATIVOS
RESIDUOS COMUNS

Vínculo com Cooperativa

Nenhum resultado para a consulta realizada.

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em quinta-feira, 31 de agosto de 2023 16:15:28 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

Hospitalar - Leitos

Descrição	Leitos Existentes	Leitos SUS
COMPLEMENTAR		
UNIDADE DE CUIDADOS INTERMEDIARIOS NEONATAL CONVENCIONAL	8	8
ESPEC - CIRURGICO		
GINECOLOGIA	1	1
OBSTETRICO		
OBSTETRICIA CIRURGICA	66	66
OBSTETRICIA CLINICA	2	2
PEDIATRICO		
PEDIATRIA CLINICA	1	1

Data desativação: -- Motivo desativação: --

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em quinta-feira, 31 de agosto de 2023 16:15:28 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N.2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

978

GOVERNO DO Rio de Janeiro SECRETARIA DE SAÚDE

CONTRATO DE GESTÃO Nº002/2012, QUE ENTRE SI CELEBRAM O ESTADO DO RIO DE JANEIRO ATRAVÉS DA SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE E O HOSPITAL MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS, QUALIFICADA COMO ORGANIZAÇÃO SOCIAL COM ÁREA DE ATUAÇÃO EM MATERNIDADE, PARA OPERACIONALIZAR A GESTÃO E EXECUTAR AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE, NO COMPLEXO REGIONAL DE MESQUITA – MATERNIDADE E CLÍNICA DA MULHER.

Pelo presente instrumento particular, de um lado, a

O ESTADO DO RIO DE JANEIRO, através da **SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE - SES**, com sede nesta cidade, na Av. Graça Aranha n° 182, 4º andar, Centro, Rio de Janeiro - RJ, representada por seu Secretário de Estado, Ilmo. Sr. Dr. Sérgio Luiz Côrtes da Silveira, portador da carteira de identidade nº 52 - 512106, expedida pelo CREMERJ, inscrito no CPF/MF sob o nº 817.161.767-00, doravante denominado simplesmente **CONTRATANTE**, e, de outro lado, o

HOSPITAL MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS, inscrita no CNPJ sob o nº. 21.583.042/0003-34, com endereço à Rua Manoel Duarte, nº 140, sala 310 Centro – Três Rios - Rio de Janeiro, neste ato representado por José Mariano Soares de Moraes na qualidade de Presidente do Conselho de Gestão Delegada, portador da Cédula de Identidade nº. 591.447/SSP-MG, CPF nº 209.721.726-53, doravante denominada **CONTRATADA**, realizada através do processo administrativo nº.E-08/831/2012 tendo em vista o que dispõe a Lei Federal nº 8.080, de 19/09/90, a Lei Estadual nº 6043, de 19/09/11, regulamentada pelo Decreto nº 43.261 de 27 de outubro de 2011 e alterações constantes no Decreto nº 43.303 de 24 de novembro de 2011, considerando o Edital de Seleção Nº 002/2012 e o correspondente ato de Homologação publicado no D.O.E., de 03 de abril de 2012, inserido nos autos do Processo nº E-08/831/2012em conformidade com as diretrizes e normas do Sistema Único de Saúde – SUS emanadas do Ministério da Saúde – MS resolvem celebrar o presente **CONTRATO DE GESTÃO** referente ao apoio ao gerenciamento e execução das atividades e serviços de saúde a serem desenvolvidos no Complexo Regional de Mesquita - Maternidade e Clínica da Mulher, ficando permitido o uso dos respectivos equipamentos de saúde pelo período de vigência do presente Contrato de Gestão, mediante as seguintes cláusulas e condições:

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em quinta-feira, 31 de agosto de 2023 16:15:28 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

CLÁUSULA PRIMEIRA – OBJETO

1.1 O presente **CONTRATO DE GESTÃO** tem por objeto a operacionalização da gestão e a execução de ações e serviços de saúde a serem prestados pela **CONTRATADA** no Complexo Regional de Mesquita – Maternidade e Clínica da Mulher, localizado à Rua Doutor Carvalhães, Rocha Sobrinho - Mesquita – RJ, CNES nº 7011857, em tempo integral, que assegure assistência universal e gratuita à população;

1.2 A execução do presente **CONTRATO DE GESTÃO** dar-se-á pela **CONTRATADA**, desde que observadas todas as condições propostas pela **CONTRATADA** no Programa de Trabalho, no Edital e demais diplomas legais.

1.3 Fazem parte integrante deste **CONTRATO DE GESTÃO** o Edital de Seleção e todos seus Anexos, principalmente:

(i) Anexo I – Termo de Referência
(ii) Anexo VI – Termo de Permissão de Uso
(iii) Anexo IX – Transferência de Recursos Orçamentários

CLÁUSULA SEGUNDA – DA PERMISSÃO DE USO DOS BENS

Conforme Termo de Permissão de Uso (Anexo VI) o imóvel de propriedade do Estado do Rio de Janeiro referente ao Complexo Regional de Mesquita - Maternidade e Clínica da Mulher e os bens móveis têm o seu uso permitido pela **CONTRATADA** durante a vigência do presente **CONTRATO DE GESTÃO**, nos termos Lei Complementar nº. 8, de 25 de outubro de 1977, Lei nº 6243/11 e do Decreto 43.261/2011.

CLÁUSULA TERCEIRA – OBRIGAÇÕES DA CONTRATADA

Compromete-se a **CONTRATADA**:

3.1 Prover os serviços ora contratados, com pessoal adequado e capacitado em todos os níveis de trabalho;

3.2 Comunicar à fiscalização do **CONTRATO DE GESTÃO**, por escrito e tão logo constatado problema ou a impossibilidade de execução de qualquer obrigação contratual, para a adoção das providências cabíveis;

3.3 Responder pelos serviços que executar, na forma do ato convocatório e da legislação

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em quinta-feira, 31 de agosto de 2023 16:15:28 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

aplicável;

3.4 Reparar, corrigir, remover, reconstruir ou substituir, no todo ou em parte e às suas expensas, bens ou prestações objeto do contrato em que se verificarem vícios, defeitos ou incorreções resultantes de execução irregular ou do emprego ou fornecimento de materiais inadequados ou desconformes com as especificações;

3.5 Manter em estoque um mínimo de materiais, peças e componentes de reposição regular e necessários à execução do objeto do contrato;

3.6 Manter, durante toda a duração deste contrato, em compatibilidade com as obrigações assumidas, as condições de habilitação e qualificação exigidas para participação na seleção pública;

3.7 Assegurar a organização, administração e gerenciamento do Complexo Regional de Mesquita - Maternidade e Clínica da Mulher, objeto do presente **CONTRATO DE GESTÃO**, através de técnicas adequadas que permitam o desenvolvimento da estrutura funcional e a manutenção física da referida unidade e de seus equipamentos, além do provimento dos insumos (materiais) e medicamentos necessários à garantia do seu pleno funcionamento;

3.8 Prestar os serviços de saúde que estão especificados nos Anexo I do Edital, de acordo com o estabelecido neste **CONTRATO DE GESTÃO** e nos exatos termos da legislação pertinente ao SUS – Sistema Único de Saúde, especialmente o disposto na Lei nº. 8080, de 19 de setembro de 1990, com observância dos princípios veiculados pela legislação, e em especial:

(i) Universalidade de acesso aos serviços de saúde;

(ii) Gratuidade de assistência, sendo vedada a cobrança em face de pacientes ou seus representantes, responsabilizando-se a **CONTRATADA** por cobrança indevida feita por seu empregado ou preposto;

(iii) Preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;

(iv) Igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;

(v) Direito de informação às pessoas assistidas, sobre sua saúde;

(vi) Divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário;

(vii) Fomento dos meios para participação da comunidade;

(viii) Prestação dos serviços com qualidade e eficiência, utilizando-se dos equipamentos de modo adequado e eficaz.

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em quinta-feira, 31 de agosto de 2023 16:15:28 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

3.9 Na prestação dos serviços descritos no item anterior, a **CONTRATADA** deverá observar:

(i) Respeito aos direitos dos pacientes, atendendo-os com dignidade de modo universal e igualitário;

(ii) Manutenção da qualidade na prestação dos serviços;

(iii) Respeito à decisão do paciente em relação ao consentimento ou recusa na prestação de serviços de saúde, salvo nos casos de iminente perigo de morte ou obrigação legal;

(iv) Garantia do sigilo dos dados e informações relativas aos pacientes;

(v) Esclarecimento dos direitos aos pacientes, quanto aos serviços oferecidos.

(vi) Responsabilidade civil e criminal pelo risco de sua atividade;

(vii) Inserção obrigatória dos procedimentos autorizados e dos medicamentos dispensados nos protocolos terapêuticos estabelecidos pelas instâncias municipal, federal e estadual;

3.10 Apoiar e integrar o complexo regulador da SES/RJ;

3.11 Utilizar, para a contratação de pessoal, critérios exclusivamente técnicos e inclusive quanto ao gerenciamento e controle de recursos humanos, observando as normas legais vigentes, em especial as trabalhistas e previdenciárias;

3.12 Selecionar seu pessoal de forma pública, objetiva e impessoal, nos termos do regulamento próprio a ser editado pela **CONTRATADA**.

3.13 Contratar serviços de terceiros para atividades acessórias sempre que necessário, responsabilizando-se pelos encargos daí decorrentes;

3.14 Responsabilizar-se exclusiva e diretamente por qualquer tipo de dano causado por seus agentes ao CONTRATANTE ou a terceiros na execução do contrato, não excluída ou reduzida essa responsabilidade pela presença de fiscalização ou pelo acompanhamento da execução por órgão da Administração. A CONTRATADA também será a exclusiva responsável por eventuais danos oriundos de relações com terceiros, como por exemplo, fornecedores e prestadores de serviços.

3.15 A **CONTRATADA** é responsável por encargos trabalhistas, inclusive decorrentes de acordos, dissídios e convenções coletivas, previdenciários, fiscais e comerciais oriundos da execução do contrato, podendo o **CONTRATANTE**, a qualquer tempo, exigir a comprovação do cumprimento de tais encargos, como condição do pagamento dos créditos da **CONTRATADA**.

3.16 Quando demandada pela SES / RJ, e de comum acordo entre as partes, colocar em operação serviços ou unidades assistenciais, inclusive o hospital de campanha (Decreto nº

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em quinta-feira, 31 de agosto de 2023 16:15:28 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

43.408 de 9 de janeiro de 2012, para atendimento nas situações de urgência ou emergência, não previstos no Anexo I do Edital. Visando a prestação dos serviços mencionados neste item, o **CONTRATO DE GESTÃO** poderá ser aditivado em valor e prazo a serem acordados entre as partes.

3.17 Providenciar seguro contra incêndio, danos, avarias e responsabilidade civil para o prédio e bens móveis indispensáveis ao funcionamento do bem imóvel cedido. A contratação do seguro deverá contemplar a descrição dos bens a serem segurados, as coberturas pretendidas e a garantia contra perda total ou parcial dos bens sinistrados;

3.18 Adotar o símbolo e o nome designativo da unidade de saúde cujo uso lhe for permitido;

3.19 Administrar o imóvel e os bens móveis que tiverem o uso permitido em conformidade com o disposto no Termo de Permissão de Uso – Anexo VI do Edital que deverá definir as responsabilidades da **CONTRATADA**, até sua restituição ao Poder Público;

3.20 O Termo especificará os bens, o estado de conservação e definirá as responsabilidades da **CONTRATADA** quanto à sua guarda e manutenção;

3.21 A instalação de bens móveis ou imobilizados nos equipamentos objeto da permissão de uso, assim como as benfeitorias realizadas naqueles já existentes serão incorporados ao patrimônio estadual, sem possibilidade retenção ou retirada sem prévia autorização do Poder Público;

3.22 Os equipamentos e instrumental necessário para a realização dos serviços contratados deverão ser mantidos pela **CONTRATADA** em perfeitas condições;

3.23 Os equipamentos, instrumentos e quaisquer bens permanentes, que porventura venham a ser adquiridos com recursos oriundos deste **CONTRATO DE GESTÃO** ou recebidos em doação para instalação nesta unidade, serão automaticamente incorporados ao patrimônio do Estado do Rio de Janeiro devendo a **CONTRATADA** entregar a **CONTRATANTE** a documentação necessária ao processo regularização da incorporação dos referidos bens;

3.23.1 As aquisições de materiais e equipamentos permanentes serão efetuadas através da transferência de recursos oriundos deste **CONTRATO DE GESTÃO**, estimadas no item Investimento da Planilha de Despesas de Custeio e Investimento, item 11 do Anexo I. As aquisições deverão ser incorporadas e patrimoniadas pela SES/RJ, devendo a **CONTRATADA** apresentar os documentos e informações pertinentes tão logo realize a aquisição.

3.23.2 Deverá ser realizada a atualização cadastral do Mobiliário, Materiais e Equipamentos Permanentes e de Informática, através de um inventário de todos os equipamentos existentes, informando sua localização, o nome e tipo do equipamento, assim como seu número de patrimônio. O Mobiliário, Materiais e Equipamentos Permanentes e de

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em quinta-feira, 31 de agosto de 2023 16:15:28 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

Informática adquiridos com recursos do **CONTRATO DE GESTÃO** também deverão ser objeto de patrimônio pelo Órgão designado pelo Estado do Rio de Janeiro.

3.23.3 Deverá ser mantida na Unidade de Saúde uma ficha histórica com as intervenções sofridas nos equipamentos ao longo do tempo, especificando o serviço executado e as peças substituídas.

3.23.4 Deverão ser informados à SES/RJ todos e quaisquer deslocamento do Mobiliário, Materiais e Equipamentos Permanentes e de Informática para outros setores, assim como deverá ser atualizada sua localização na ficha cadastral.

3.24 Deverão ser enviadas à SES / RJ cópias de todos os contratos de prestação de serviços firmados pela Organização Social, devidamente assinados, já na prestação de contas referente ao primeiro trimestre do **CONTRATO DE GESTÃO**.

3.25 Restituir ao Poder Público o saldo dos recursos líquidos resultantes dos valores repassados, em caso de rescisão do presente **CONTRATO DE GESTÃO**.

3.26 No caso do item anterior, a **CONTRATADA** deverá transferir, integralmente, à **CONTRATANTE** os legados ou doações que lhe foram destinados, benfeitorias, bens móveis e imobilizados instalados nos equipamentos de saúde, bem como os excedentes financeiros decorrentes da prestação de serviços de assistência à saúde cujo uso dos equipamentos lhe fora permitido.

3.27 Disponibilizar permanentemente toda e qualquer documentação para auditoria do Poder Público, inclusive os seguintes comprovantes:

a) Pagamento de salários a empregados, incluídas as horas extras devidas e outras verbas que, em razão da percepção com habitualidade, devam integrar os salários; ou a repartição das cotas, em se tratando de cooperativas, até o quinto dia útil de cada mês seguinte ao vencimento ou na forma estabelecida no Estatuto, no último caso;

b) Pagamento de vale-transporte e o auxílio-alimentação de seus empregados;

c) Anotações em Carteiras de Trabalho e Previdência Social de seus empregados; e

d) Recolhimentos dos tributos, contribuições e encargos, incluindo aqueles relativos aos empregados vinculados ao Contrato.

3.27.1 - É vedada a contratação de cooperativa fornecedora de mão de obra. Qualquer intenção de contratação pela **CONTRATADA** de cooperativa de serviços voltados às atividades médicas será submetida previamente ao **CONTRATANTE**.

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em quinta-feira, 31 de agosto de 2023 16:15:28 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

3.28 A **CONTRATADA** será obrigada a reapresentar a Certidão Negativa de Débito junto ao INSS (CND) e a Certidão Negativa de Débitos de Tributos e Contribuições Federais, Certificado de Regularidade do FGTS (CRF) e Certidão Negativa de Débitos perante a Justiça do Trabalho, nos termos do Título VII-A da Consolidação das Leis do Trabalho, sempre que expirados os respectivos prazos de validade.

3.29 Responsabilizar-se integralmente pela contratação e pagamento do pessoal necessário à execução dos serviços inerentes às atividades da **CONTRATADA**, ficando esta como a única responsável pelo pagamento dos encargos sociais e obrigações trabalhistas decorrentes, respondendo integral e exclusivamente, em juízo ou fora dele, isentando a **CONTRATANTE** de quaisquer obrigações, presentes ou futuras, desde que os repasses de recursos financeiros tenham obedecido ao cronograma estabelecido entre as partes. Caso o referido cronograma não tenha sido obedecido, o descumprimento só acarretará a responsabilidade da **CONTRATANTE**, se for causa direta ao não pagamento dos encargos sociais e das obrigações trabalhistas.

3.30 Uma vez constatada a existência de débitos previdenciários, decorrentes da execução do presente **CONTRATO DE GESTÃO** que resulte no ajuizamento de reclamação trabalhista, com a inclusão do Estado do Rio de Janeiro no pólo passivo como responsável subsidiário, a **CONTRATANTE** poderá reter, das parcelas vincendas, o correspondente ao montante dos valores em cobrança, que serão complementados a qualquer tempo com nova retenção em caso de insuficiência. A previsão de retenção engloba também qualquer ação que o Poder Público figure como réu por condutas ilícitas ou danosas praticadas pelos agentes da **CONTRATADA**.

3.31 A retenção prevista no item 3.30 será realizada na data do conhecimento pela **CONTRATANTE** da existência da ação trabalhista ou da verificação da existência de débitos previdenciários ou relativos ao Fundo de Garantia por Tempo de Serviço dos empregados da **CONTRATADA** para consecução do objeto do presente **CONTRATO DE GESTÃO.**

3.32 A retenção somente será liberada com o trânsito em julgado da decisão de improcedência dos pedidos ou do efetivo pagamento do título executivo judicial ou do débito previdenciário pela **CONTRATADA.**

3.33 Ocorrendo o término do **CONTRATO DE GESTÃO** sem que tenha se dado a decisão final da ação trabalhista ou decisão final sobre o débito previdenciário, o valor ficará retido e será pleiteado em processo administrativo após o trânsito em julgado e/ou o pagamento da condenação/dívida.

3.34 Abrir conta corrente bancária específica no banco indicado pela Secretaria de Estado de Saúde para movimentação dos recursos provenientes do presente **CONTRATO DE GESTÃO.**

985
O presente documento digital foi conferido com o original assinado digitalmente por ADEMARIA GUARNIERI GALL, em quinta-feira, 31 de agosto de 2023 16:15:28 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

3.35 Manter em boa ordem e guarda todos os documentos originais que comprovem as despesas realizadas no decorrer do **CONTRATO DE GESTÃO**, e disponibilizar extrato mensalmente à **CONTRATANTE**.

3.36 Responsabilizar-se por todos os ônus, encargos e obrigações comerciais, fiscais, sociais, tributárias, ou quaisquer outras previstas na legislação em vigor.

3.37 Não distribuir, sob nenhuma forma, lucros ou resultados entre seus diretores ou empregados.

3.38 Encaminhar à **CONTRATANTE** para publicação no Diário Oficial do Estado, no prazo máximo de 90 (noventa) dias contados da assinatura deste **CONTRATO DE GESTÃO**, regulamento próprio contendo os procedimentos que adotará para a contratação de serviços, obras e aquisições necessários à execução do **CONTRATO DE GESTÃO**, bem como para compras com emprego de recursos provenientes do Poder Público, de acordo com o que prescreve a Lei nº 6.043 de 19 de setembro de 2011, de forma atender aos princípios constitucionais do caput do art.37 da CRFB, especialmente aos da publicidade, impessoalidade, moralidade e eficiência;

3.39 Responsabilizar-se integralmente por todos os compromissos assumidos neste **CONTRATO DE GESTÃO.**

3.40 Manter registro atualizado de todos os atendimentos efetuados no Complexo Regional de Mesquita - Maternidade e Clínica da Mulher, disponibilizando a qualquer momento à **CONTRATANTE** e às auditorias do SUS, as fichas de atendimento dos usuários, assim como todos os demais documentos que comprovem a confiabilidade e segurança dos serviços prestados no Complexo Regional de Mesquita - Maternidade e Clínica da Mulher.

3.41 Apresentar a **CONTRATANTE** até o 5º dia do mês seguinte, Relatórios Gerenciais e comprovantes, na forma que lhe for indicada pela **CONTRATANTE**.

3.42 Providenciar e manter atualizadas todas as licenças e alvarás junto às repartições competentes, necessários à execução dos serviços objeto do presente **CONTRATO DE GESTÃO**;

3.43 Consolidar a imagem do Complexo Regional de Mesquita - Maternidade e Clínica da Mulher como centro de prestação de serviços públicos da rede assistencial do Sistema Único de Saúde - SUS, comprometido com sua missão de atender às necessidades terapêuticas dos usuários, primando pela qualidade da assistência;

3.44 Devolver à **CONTRATANTE**, após o término de vigência deste **CONTRATO DE GESTÃO**, toda área, equipamentos, instalações e utensílios, em perfeitas condições de uso, respeitado o desgaste natural pelo tempo transcorrido, substituindo aqueles que não mais suportarem

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em quinta-feira, 31 de agosto de 2023 16:15:28 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

recuperação;

3.45 Os bens móveis permitidos em uso poderão ser permutados por outros de igual ou maior valor, que passam a integrar o patrimônio do Estado, após prévia avaliação e expressa autorização do **CONTRATANTE**;

3.46 Implantar, após prévia aprovação da SES/RJ, um modelo normatizado de pesquisa de satisfação pós-atendimento;

3.47 Realizar seguimento, análise e adoção de medidas de melhoria diante das sugestões, queixas e reclamações que receber com respostas aos usuários, no prazo máximo de 30 dias úteis;

3.48 Não adotar nenhuma medida unilateral de mudanças na carteira de serviços, nos fluxos de atenção consolidados, nem na estrutura física do Complexo Regional de Mesquita - Maternidade e Clínica da Mulher, sem prévia ciência e aprovação da SES/RJ;

3.49 O balanço e os demonstrativos financeiros anuais da **CONTRATADA** devem ser elaborados de acordo com as regras de contabilidade privada, obedecido o disposto na Lei nº 6.043/2011;

3.50 Ao final de cada exercício financeiro, a **CONTRATADA** apresentará ao órgão supervisor a prestação de contas, contendo, em especial, relatório de gestão, balanço e demonstrativos financeiros correspondentes, devendo ser elaborada em conformidade com o **CONTRATO DE GESTÃO** e demais disposições normativas sobre a matéria.

3.51 Encaminhar, semestralmente, a relação de processos judiciais em que a **CONTRATADA** figure como ré e que contenham pretensões indenizatórias, bem como as decisões que lhes foram desfavoráveis e os valores das condenações.

CLAUSULA QUARTA – OBRIGAÇÕES DA CONTRATANTE

Para execução dos serviços objeto do presente **CONTRATO DE GESTÃO**, a **CONTRATANTE** obriga-se a:

4.1 Disponibilizar à **CONTRATADA** os meios necessários à execução do presente objeto, conforme previsto neste **CONTRATO DE GESTÃO** e em seus anexos;

4.2 Garantir os recursos financeiros para a execução do objeto deste **CONTRATO DE GESTÃO** nos termos do Anexo I do Edital, a partir da efetiva assunção do objeto pela **CONTRATADA**;

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em quinta-feira, 31 de agosto de 2023 16:15:28 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

4.3 Programar no orçamento, para os exercícios subseqüentes ao da assinatura do presente **CONTRATO DE GESTÃO**, os recursos necessários, para fins de custeio da execução do objeto contratual;

4.4 Permitir o uso dos bens móveis e imóveis, nos termos do artigo 28 da Lei nº 6.043 de 19 de setembro de 2011 mediante Termo de Permissão de Uso;

4.5 Para a formalização do Termo, a **CONTRATANTE** deverá inventariar, avaliar e identificar previamente os bens;

4.6 Promover a cessão de servidores públicos para a **CONTRATADA**, nos termos do art. 14 da Lei nº 6.043/2011, desde que haja requerimento desta, autorização do Poder Público para a cessão e a concordância do funcionário;

4.7 Reter repasse de recursos à **CONTRATADA** quando a **CONTRATANTE** for demandada em nome próprio, primariamente, por condutas ilícitas e danosas praticadas por agentes da **CONTRATADA**, a exemplo dos itens 3.15 e 3.10 deste **CONTRATO DE GESTÃO.**

CLAUSULA QUINTA – VIGÊNCIA

O CONTRATO DE GESTÃO vigorará pelo prazo de 1 (um) ano, a contar de sua respectiva celebração, podendo ser mediante termo aditivo objeto de sucessivas renovações, até o limite máximo de 5 (cinco) anos.

CLÁUSULA SEXTA – DOS RECURSOS FINANCEIROS

6.1 Os recursos financeiros para a execução do objeto deste **CONTRATO DE GESTÃO** serão alocados para a **CONTRATADA** mediante transferências oriundas do **CONTRATANTE**, sendo permitido à **CONTRATADA** o recebimento de doações e contribuições de entidades nacionais e estrangeiras, rendimentos de aplicações dos ativos financeiros da Organização Social e de outros pertencentes ao patrimônio que estiver sob a sua administração.

6.2 Os recursos financeiros repassados pela Secretaria de Estado de Saúde provenientes do **CONTRATO DE GESTÃO** deverão ser aplicados, em até 02 (dois) dias úteis, contados a partir do crédito na conta bancária da **CONTRATADA**, exclusivamente em caderneta de poupança de instituição financeira oficial.

6.3 Os excedentes financeiros deverão ser restituídos à **CONTRATANTE** ou aplicados nas atividades objeto **CONTRATO DE GESTÃO**, desde que com prévia aprovação da Secretaria de Estado de Saúde.

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em quinta-feira, 31 de agosto de 2023 16:15:28 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

CLÁUSULA SÉTIMA – DO REPASSE DE RECURSOS

O detalhamento da Transferência de Recursos Orçamentários está regulado no Anexo I do Edital.

CLÁUSULA OITAVA – DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

As despesas decorrentes deste **CONTRATO DE GESTÃO** correrão por conta dos recursos da Dotação Orçamentária a seguir especificada:

Unidade Orçamentária: 2961 – Fundo Estadual de Saúde

Fonte de Recurso: 00

Programa de Trabalho: 2961.10.302.0319.2745

Natureza da Despesa: 3390.39.30

CLÁUSULA NONA – VALOR DO CONTRATO

Dá–se a este **CONTRATO DE GESTÃO** o valor total de **R$53.826.575,59** (cinquenta e três milhões, oitocentos e vinte e seis mil, quinhentos e setenta e cinco reais e cinquenta e nove centavos).

CLÁUSULA DÉCIMA – DAS CONDIÇÕES DE TRANSFERÊNCIA DE RECURSOS

O detalhamento do Sistema de Transferência de Recursos está descrito no Anexo I do Edital.

Cada parcela mensal da Transferência de Recursos terá o valor de **R$ 4.249.057,78** (quatro milhões, duzentos e quarenta e nove mil cinquenta e sete reais e setenta e oito centavos) e cada parcela de Investimento terá o valor de R$ **2.837.882,18** (dois milhões, oitocentos e trinta e sete

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em quinta-feira, 31 de agosto de 2023 16:15:28 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

mil, oitocentos e oitenta e dois reais) será depositada na conta corrente nº 42536-2, agência 3033-3, de titularidade da **CONTRATADA**, junto à instituição financeira contratada pelo Estado.

PARÁGRAFO PRIMEIRO - No caso de a **CONTRATADA** estar estabelecida em localidade que não possua agência da instituição financeira contratada pelo Estado ou caso verificada pelo **CONTRATANTE** a impossibilidade de a **CONTRATADA**, em razão de negativa expressa da instituição financeira contratada pelo Estado, abrir ou manter conta corrente naquela instituição financeira, a transferência poderá ser feita mediante crédito em conta corrente de outra instituição financeira. Nesse caso, eventuais ônus financeiros e/ou contratuais adicionais serão suportados exclusivamente pela **CONTRATADA**.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA – REAJUSTE

Decorrido o prazo de 12 (doze) meses da data da apresentação da proposta ou do orçamento a que essa proposta se referir, poderá a **CONTRATADA** fazer jus ao reajuste do valor contratual pelo IPCA acumulado no período, que deverá retratar a variação efetiva do custo de produção ou dos insumos utilizados na consecução do objeto contratual.

PARAGRAFO ÚNICO - O reajuste deverá ser requerido expressamente pela **CONTRATADA** até a data da renovação contratual, sob pena de preclusão, acompanhado da variação efetiva do custo de produção ou dos insumos utilizados na consecução do objeto contratual. Após a celebração da renovação prevista na **CLÁUSULA QUINTA**, presumir-se-á de modo absoluto a aceitação do valor do contrato, sem o reajuste requerido, para o respectivo período renovado.

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA – DO ACOMPANHAMENTO, AVALIAÇÃO E FISCALIZAÇÃO DO CONTRATO DE GESTÃO

12.1 O acompanhamento e a fiscalização da execução do **CONTRATO DE GESTÃO**, sem prejuízo da ação institucional dos órgãos de controle interno e externo do Estado, serão

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em quinta-feira, 31 de agosto de 2023 16:15:28 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

efetuados pela Secretaria de Estado de Saúde;

12.2 A execução do presente **CONTRATO DE GESTÃO** será efetuada por intermédio da Comissão de Acompanhamento e Fiscalização nomeada pelo Secretário de Estado de Saúde;

12.3 Nos termos do Decreto nº 43.261 de 27 de outubro de 2011 e alterações constantes no Decreto nº 43.303 de 24 de novembro de 2011, os resultados e metas alcançados com a execução do **CONTRATO DE GESTÃO** serão avaliados, semestralmente pela Comissão de Avaliação, formalmente designada pela **CONTRATANTE**;

12.4 A síntese do relatório de gestão e do balanço da Organização Social deverão ser publicados pela SES/RJ no Diário Oficial do Estado e, de forma completa, pela Organização Social no seu sítio eletrônico, bem como após 5 dias úteis serem encaminhados pela SES/RJ à Assembléia Legislativa do Estado do Rio de Janeiro e ao Tribunal de Contas do Estado do Rio de Janeiro;

12.5 A Secretaria de Estado de Saúde deverá encaminhar a prestação de contas anual, mencionada no Art. 22, § 1º, da Lei nº 6.043/2011 ao Conselho Estadual de Saúde, Assembléia Legislativa do Estado do Rio de Janeiro e ao Tribunal de Contas do Estado do Rio de Janeiro.

12.6 A **CONTRATADA** declara, antecipadamente, aceitar todas as condições, métodos e processos de inspeção, verificação e controle adotados pela fiscalização, obrigando-se a lhes fornecer todos os dados, elementos, explicações, esclarecimentos e comunicações de que este necessitar e que forem julgados necessários ao desempenho de suas atividades.

12.7 A instituição e a atuação da fiscalização do serviço objeto do contrato não excluem ou atenuam a responsabilidade da **CONTRATADA**, nem a exime de manter fiscalização própria.

CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA – DA ALTERAÇÃO, RENEGOCIAÇÃO TOTAL E PARCIAL

13.1 O presente **CONTRATO DE GESTÃO** poderá ser alterado, mediante revisão das metas e dos valores financeiros inicialmente pactuados, desde que prévia e devidamente justificado, com a aceitação de ambas as partes e a autorização por escrito do Secretário de Saúde, devendo,

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em quinta-feira, 31 de agosto de 2023 16:15:28 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

nestes casos, serem formalizados os respectivos Termos Aditivos.

13.2 Poderá também ser alterado para assegurar a manutenção do equilíbrio econômico e financeiro do **CONTRATO DE GESTÃO**, na hipótese de sobrevirem fatos imprevisíveis, ou previsíveis, porém de conseqüências incalculáveis, retardadores ou impeditivos da execução do ajustado ou, ainda, em caso de força maior, caso fortuito ou fato do príncipe, configurando álea econômica extraordinária e extracontratual.

CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA – DA PRESTAÇÃO DE CONTAS

14.1 A prestação de contas está regulada no Anexo I do Edital.

14.2 A **CONTRATADA** deverá apresentar à **CONTRATANTE** mensalmente:

14.2.1 Relação dos valores financeiros repassados, com indicação da Fonte de Recursos,

14.2.2 Relatório Consolidado da Produção Contratada X Produção Realizada,

14.2.3 Relatório Consolidado do alcance das metas de qualidade (Indicadores)

CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA – DA SANÇÃO, RESCISÃO E SUSPENSÃO DO CONTRATO DE GESTÃO

A rescisão do **CONTRATO DE GESTÃO** poderá ser efetivada:

15.1 Por ato unilateral da CONTRATANTE, na hipótese de descumprimento, por parte da CONTRATADA, ainda que parcial, das cláusulas que inviabilizem a execução de seus objetivos e metas previstas no presente CONTRATO DE GESTÃO, decorrentes de má gestão, culpa e/ou dolo;

15.2 Por acordo entre as partes reduzido a termo, tendo em vista o interesse público;

15.3 Por ato unilateral da **CONTRATADA** na hipótese de atrasos dos repasses devidos pela **CONTRATANTE** superior a 90 (noventa) dias da data fixada para o pagamento, cabendo à **CONTRATADA** notificar a **CONTRATANTE**, com antecedência mínima de 90 (noventa) dias, informando do fim da prestação dos serviços contratados.

15.4 Na hipótese da cláusula 13.3, a **CONTRATANTE** responsabilizar-se-á apenas pelos prejuízos suportados pela **CONTRATADA** exclusivamente em decorrência do retardo na

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em quinta-feira, 31 de agosto de 2023 16:15:28 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

transferência de recursos, cabendo à **CONTRATADA** a comprovação do nexo de causalidade entre os prejuízos alegados e a mora da **CONTRATANTE**.

15.5 Verificada qualquer uma das hipóteses de rescisão contratual, o **CONTRATANTE** providenciará a revogação da permissão de uso existente em decorrência do presente instrumento.

15.6 A **CONTRATADA** terá o prazo máximo de 90 (noventa) dias, a contar da data da rescisão do **CONTRATO DE GESTÃO**, para quitar suas obrigações e prestar contas de sua gestão à **CONTRATANTE**, conforme disposto no Art.10, inciso VI, da Lei nº 6.043/11.

15.7 Configurará infração contratual a inexecução dos serviços, total ou parcial, execução imperfeita, mora ou inadimplemento na execução, inobservância do Decreto Nº 43.261, na Lei nº 6.043/2011 e, especialmente, se a **CONTRATADA**:

15.7.1 Utilizar de forma irregular os recursos públicos que lhe forem destinados;

15.7.2 Incorrer em irregularidade fiscal ou trabalhista;

15.7.3 Deixar de promover a manutenção dos bens públicos permitidos ou promover desvio de sua finalidade;

15.7.4 Violar os princípios que regem o Sistema Único de Saúde.

15.7.5 A ocorrência de infração contratual sujeita a **CONTRATADA**, sem prejuízo da responsabilidade civil ou criminal que couber, assegurado o contraditório e a prévia e ampla defesa, as seguintes penalidades:

a) advertência;

b) multa de até 5% (cinco por cento) sobre o valor do **CONTRATO DE GESTÃO**, aplicada de acordo com a gravidade da infração e proporcionalmente às parcelas não executadas. Nas reincidências específicas, a multa corresponderá ao dobro do valor da que tiver sido inicialmente imposta, observando-se sempre o limite de 20% (vinte por cento);

c) Desqualificação da entidade como organização social.

15.8 A rescisão contratual será formalmente motivada nos autos do processo administrativo, assegurado a **CONTRATADA** o direito ao contraditório e a prévia e ampla defesa.

15.9 A declaração de rescisão deste contrato, independentemente da prévia notificação judicial ou extrajudicial, operará seus efeitos a partir da publicação em Diário Oficial.

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em quinta-feira, 31 de agosto de 2023 16:15:28 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

15.10 Na hipótese de rescisão administrativa, além das demais sanções cabíveis, o Estado poderá:

a) reter, a título de compensação, os créditos devidos à contratada e cobrar as importâncias por ela recebidas indevidamente;

b) cobrar da contratada multa de 10% (dez por cento), calculada sobre o saldo reajustado dos serviços não executados e;

c) cobrar indenização suplementar se o prejuízo for superior ao da multa.

15.11 O **CONTRATO DE GESTÃO** poderá ser rescindido quando do advento de circunstância superveniente que comprometa o fundamento de validade do mesmo e a sua regular execução.

PARÁGRAFO PRIMEIRO – A imposição das penalidades é de competência exclusiva do **CONTRATANTE**.

PARÁGRAFO SEGUNDO – A sanção prevista na alínea b desta Cláusula poderá ser aplicada cumulativamente a qualquer outra.

PARÁGRAFO TERCEIRO – A aplicação de sanção não exclui a possibilidade de rescisão administrativa do Contrato, garantido o contraditório e a defesa prévia.

PARÁGRAFO QUARTO – A multa administrativa prevista na alínea b não tem caráter compensatório, não eximindo o seu pagamento a **CONTRATADA** por perdas e danos das infrações cometidas.

PARÁGRAFO QUINTO – O atraso injustificado no cumprimento das obrigações contratuais sujeitará a contratada à multa de mora de até 1% (um por cento) por dia útil que exceder o prazo estipulado, a incidir sobre o valor da transferência mensal, respeitado o limite do art.412 do Código Civil, sem prejuízo da possibilidade de rescisão unilateral do contrato pelo **CONTRATANTE** ou da aplicação das sanções administrativas.

PARAGRAFO SEXTO - No exercício de sua função decisória, poderá a **CONTRATANTE** firmar acordos com a **CONTRATADA**, a fim de estabelecer o conteúdo discricionário do ato sancionatório, salvo impedimento legal ou decorrente da natureza e das circunstâncias da relação jurídica envolvida, observados os princípios da transparência, legalidade, finalidade, motivação, razoabilidade, proporcionalidade, moralidade, ampla defesa, contraditório, segurança jurídica, impessoalidade, eficiência, celeridade, oficialidade, publicidade, participação, proteção da confiança legítima e interesse público, desde que a opção pela solução consensual, devidamente motivada, seja compatível com o interesse público.

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em quinta-feira, 31 de agosto de 2023 16:15:28 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

CLÁUSULA DECIMA SEXTA – FISCALIZAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

A **CONTRATANTE** providenciará, até o 5º (quinto) dia útil seguinte ao da sua assinatura, o encaminhamento de cópia autêntica do presente **CONTRATO DE GESTÃO** e dos seus Anexos ao Tribunal de Contas e à Contadoria Geral do Estado, junto à Secretaria de Estado de Fazenda.

CLÁUSULA DÉCIMA SÉTIMA - DO RECURSO AO JUDICIÁRIO

As importâncias decorrentes de quaisquer penalidades impostas à **CONTRATADA**, inclusive as perdas e danos ou prejuízos que a execução do contrato tenha acarretado, quando superiores à garantia prestada ou aos créditos que a **CONTRATADA** tenha em face da **CONTRATANTE**, que não comportarem cobrança amigável, serão cobrados judicialmente.

PARÁGRAFO ÚNICO – Caso a **CONTRATANTE** tenha de recorrer ou comparecer a juízo para haver o que lhe for devido, a **CONTRATADA** ficará sujeita ao pagamento, além do principal do débito, da pena convencional de 10% (dez por cento) sobre o valor do litígio, dos juros de mora de 1% (um por cento) ao mês, despesas de processo e honorários de advogado, estes fixados, desde logo, em 20% (vinte por cento) sobre o valor em litígio.

CLÁUSULA DECIMA OITAVA – PUBLICAÇÃO

O presente **CONTRATO DE GESTÃO** deverá ser publicado, em extrato, no Diário Oficial do Estado, dentro do prazo de 20 (vinte) dias contados de sua assinatura, por conta do **CONTRATANTE**, ficando condicionada a essa publicação a plena eficácia do mesmo.

CLÁUSULA DÉCIMA NONA - FORO

19.1 Fica eleito o Foro Central da Comarca da Capital do Estado do Rio de Janeiro para dirimir qualquer questão oriunda do presente **CONTRATO DE GESTÃO** ou de sua execução, exceto quanto à propositura de ações possessórias, caso em que prevalecerá o foro da situação do imóvel, renunciando a **CONTRATADA** a qualquer outro foro que tenha ou venha a ter, por mais

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em quinta-feira, 31 de agosto de 2023 16:15:28 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

privilegiado que seja. E, por estarem de pleno acordo, firmam as partes o presente instrumento, em quatro vias de igual teor e forma, na presença das testemunhas abaixo:

Rio de Janeiro, 21 de maio de 2012.

SÉRGIO LUIZ CORTES DA SILVEIRA
SECRETÁRIO DE ESTADO DE SAÚDE

JOSÉ MARIANO SOARES DE MORAES
HOSPITAL MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS

Testemunha MG12571803.

Testemunha LFP; 06103

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em quinta-feira, 31 de agosto de 2023 16:15:28 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

GOVERNO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
SUBSECRETARIA DE UNIDADES PRÓPRIAS

PRIMEIRO TERMO ADITIVO AO CONTRATO Nº **002/2012**, QUE ENTRE SI CELEBRAM O **ESTADO DO RIO DE JANEIRO** ATRAVÉS DA SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE E A **HOSPITAL MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS - HMTJ,** PARA A **PRORROGAÇÃO** DO PRAZO, NA FORMA ABAIXO:

O **ESTADO DO RIO DE JANEIRO**, através da **SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE**, neste ato representado pelo Excelentíssimo Sr. **Dr. SÉRGIO LUIZ CÔRTES DA SILVEIRA**, portador da Identidade nº 52.51210-6, emitida pelo CREMERJ e inscrito no C.P.F. sob o nº 817.161.767-00, doravante designada simplesmente **CONTRATANTE**, inscritá no CNPJ sob o nº 42.498.717/0001-55 e a **HOSPITAL MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS - HMTJ** , situada na Av. Doutor Carvalhaes , s/n, Rocha Sobrinho – Mesquita /RJ, inscrita no CNPJ/MF sob o nº 21.583.042/0003-34, daqui por diante denominada CONTRATADA, representada neste ato pelo Sr. José Mariano Soares de Moraes, na qualidade de presidente do Conselho de Gestão Delegada, portador da cédula de identidade nº 591.447/SSP-MG e CPF nº 209.721.726-53, têm entre si justo e avençado, e celebram, por força do presente instrumento e em conformidade com Lei Federal nº 8.080, de 19/09/90, a Lei Estadual nº 6043, de 19/09/11, regulamentada pelo Decreto nº 43.261 de 27 de outubro de 2011 e alterações constantes no Decreto nº 43.303 de 24 de novembro de 2011 e Decreto nº 43.710 de 06 de agosto de 2012, o **PRIMEIRO TERMO ADITIVO AO CONTRATO Nº 002/2012**, conforme autorizado no Processo Administrativo nº **E-08/0831/2012,** especificados sob as cláusulas a seguir:

CLÁUSULA PRIMEIRA – OBJETO

O presente Termo Aditivo tem por finalidade a prorrogação do prazo contratual por mais **24 (vinte e quatro) meses**, a contar de 21/05/2013 a 20/05/2015.

CLÁUSULA SEGUNDA – VALOR DO CONTRATO

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em quinta-feira, 31 de agosto de 2023 16:15:28 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

O valor total estimado do presente termo aditivo é de R$ 103.030.945,80 (cinquenta e um milhões duzentos e oitenta e sete mil, seiscentos e cinquenta e dois reais e setenta e dois centavos), correspondendo mensalmente o valor da parcela de custeio o valor de R$ 4.272.956,07 (quatro milhões duzentos e trinta e três mil, novecentos e setenta e um reais e seis centavos) e parcela única de investimento de R$ 480.000,00 (quatrocentos e oitenta mil reais) conforme proposta econômica constante às fls___

CLÁUSULA TERCEIRA - EMPENHO

Para fazer face aos pagamentos referidos neste Termo Aditivo ao Contrato, a Secretaria de Estado de Saúde, oportunamente.

CLÁUSULA QUARTA – RATIFICAÇÃO DAS DEMAIS DISPOSIÇÕES

Ficam ratificadas as demais disposições contidas no Contrato ora aditado.

CLÁUSULA QUINTA – PUBLICAÇÃO

Dentro do prazo de 20 (vinte) dias, contado da assinatura, deverá o presente Termo Aditivo ser publicado, em extrato, no Diário Oficial do Estado do Rio de Janeiro, Parte I, correndo os respectivos encargos por conta da **CONTRATADA.**

PARÁGRAFO ÚNICO – O extrato da publicação deve conter a identificação do instrumento, partes, objeto, prazo, valor, número do empenho, fundamento do ato e número do processo administrativo.

CLÁUSULA SEXTA – FISCALIZAÇÃO E CONTROLE

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em quinta-feira, 31 de agosto de 2023 16:15:28 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

O Estado providenciará, até o 5º (quinto) dia útil seguinte ao do prazo de sua publicação, o encaminhamento de cópia do presente instrumento ao seu Tribunal de Contas e o Órgão de Controle Interno.

E, por se acharem justos e acordados, depois de lido e achado conforme, é assinado o presente instrumento pelas partes supra e testemunhas abaixo, dele sendo extraídas 03 (três) vias de igual teor e forma, para um único efeito.

Rio de Janeiro, 21 de maio de 2013.

Ana Lucia Neves
Subsecretária
Subsecretaria de Unidades Próprias
Mat.: 944.042-1

SÉRGIO CÔRTES
SECRETÁRIO DE ESTADO DE SAÚDE

JOSÉ MARIANO SOARES DE MORAES
HOSPITAL MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS – HMTJ

Testemunha_____

Testemunha_____

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em quinta-feira, 31 de agosto de 2023 16:15:28 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

Governo do Estado do Rio de Janeiro
Secretaria de Estado de Saúde

TERCEIRO TERMO ADITIVO AO CONTRATO Nº **002/2012**, QUE ENTRE SI CELEBRAM O **ESTADO DO RIO DE JANEIRO** ATRAVÉS DA SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE E **HOSPITAL MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS - HMTJ,** PARA A **PRORROGAÇÃO DO PRAZO E REPACTUAÇÃO CONTRATUAL,** NA FORMA ABAIXO:

O **ESTADO DO RIO DE JANEIRO**, através da **SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE**, neste ato representado pelo Excelentíssimo Sr. **SÉRGIO D'ABREU GAMA**, Subsecretário de Unidades de Saúde, portador da carteira de identidade nº 08167116-6, emitida pelo IFP e inscrito no CPF sob nº 023.297.217-65, doravante designada **CONTRATANTE**, inscrita no CNPJ sob o nº 42.498.717/0001-55 e **HOSPITAL MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS**, situado na Rua Dr. Carvalhães, nº 400, Rocha Sobrinho, Mesquita - RJ, inscrito no CNPJ/MF sob o nº 21.583.042/0003.34, daqui por diante denominado **CONTRATADO**, representado neste ato pelo Sr. Iomar Pinheiro Cangussu, portador da Cédula de Identidade nº. MG-412.451 PCE/MG e inscrito no CPF nº. 282.239.426-15, têm entre si justo e avençado, e celebram, por força do presente instrumento e em conformidade com Lei Federal nº. 8.080, de 19/09/90, a Lei Estadual nº. 6.043, de 19/09/11, regulamentada pelo Decreto nº. 43.261 de 27 de outubro de 2011 e alterações constantes no Decreto nº. 43.303 de 24 de novembro de 2011 e Decreto nº. 43.710 de 06 de agosto de 2012, o **TERCEIRO TERMO ADITIVO AO CONTRATO Nº 002/2012** – HOSPITAL ESTADUAL DA MÃE - conforme autorizado no Processo Administrativo nº **E-08/831/2012,** especificados sob as cláusulas a seguir:

CLÁUSULA PRIMEIRA – OBJETO

O presente Termo Aditivo tem por finalidade a prorrogação do prazo contratual por mais **12 (doze) meses**, a contar de 21/05/2016 a 20/05/2017, nos termos do Despacho da CI LG/SACG Nº 208/2016 exarado pela Subsecretaria de Unidades de Saúde.

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em quinta-feira, 31 de agosto de 2023 16:15:28 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

CLÁUSULA SEGUNDA – VALOR DO CONTRATO

O valor total estimado do presente termo aditivo é de R$ 66.783.374,00 (sessenta e seis milhões setecentos e oitenta e três mil e trezentos e setenta e quatro reais), correspondendo mensalmente o valor da parcela de custeio o valor de R$5.333.332,00 (cinco milhões trezentos e trinta e três mil e trezentos e trinta e dois reais) e parcela de investimento no valor total de R$2.783.390,00 (dois milhões setecentos e oitenta e três mil e trezentos e noventa reais).

CLÁUSULA TERCEIRA - DAS ALTERAÇÕES NO TERMO DE REFERÊNCIA ANEXO AO EDITAL DE SELEÇÃO N° 002/2012.

Tendo em vista o Termo de Referência, o qual deu causa à assinatura do presente TERMO ADITIVO AO CONTRATO DE GESTÃO N° 002/2012 serão alteradas as metas contratuais constantes nas Cláusulas 6.2 e 6.3 do Termo de Referência, anexo ao Edital de Seleção n° 002/2012, consoante despacho proferido pela Subsecretaria de Unidades de Saúde, na forma abaixo:

6.2 Assistência Ambulatorial

O Hospital Estadual da Mãe deverá realizar o número de atendimentos ambulatoriais, conforme apresentado no quadro abaixo:

Quadro 2. Produção Assistencial Ambulatorial

Especialidade	*Meta*
Pré-natal, Puerpério e Ginecologia	*3.000*
Multiprofissional	*1.800*
Planejamento Familiar	*600*

6.3 Produção Assistencial de Serviços Auxiliares de Diagnose e Terapia – SADT

O Hospital Estadual da Mãe deverá realizar os serviços de SADT ambulatorial, conforme apresentado no Quadro 3:

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em quinta-feira, 31 de agosto de 2023 16:15:28 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.
1001

Quadro 3. Produção Assistencial no SADT Externo

SADT	*Meta*
Ultrassonografia	*1.020*

CLÁUSULA QUARTA - DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

As despesas decorrentes deste **Termo Aditivo** correrão por conta dos recursos da Dotação Orçamentária a seguir especificada:

Unidade Orçamentária: 2961 – Fundo Estadual de Saúde
Fonte de Recurso: 100/222/225
Programa de Trabalho: 2961.10.302.0151.8341
Natureza da Despesa: 3390.39.30

CLÁUSULA QUINTA - EMPENHO

Para fazer face aos pagamentos referidos neste Termo Aditivo ao Contrato de Gestão n° 002/2012, a Secretaria de Estado de Saúde empenhará oportunamente.

CLÁUSULA SEXTA – RATIFICAÇÃO DAS DEMAIS DISPOSIÇÕES

Ficam ratificadas as demais disposições contidas no Contrato de Gestão, ora aditado.

CLÁUSULA SÉTIMA – PUBLICAÇÃO

Dentro do prazo de 20 (vinte) dias, contado da assinatura, deverá o presente Termo Aditivo ser publicado, em extrato, no Diário Oficial do Estado do Rio de Janeiro, Parte I, correndo os respectivos encargos por conta do **CONTRATANTE.**

PARÁGRAFO ÚNICO – O extrato da publicação deve conter a identificação do instrumento, partes, objeto, prazo, valor, fundamento do ato e número do processo administrativo.

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em quinta-feira, 31 de agosto de 2023 16:15:28 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

CLÁUSULA OITAVA – FISCALIZAÇÃO E CONTROLE

O Estado providenciará, até o 5º (quinto) dia útil seguinte ao do prazo de sua publicação, o encaminhamento de cópia do presente instrumento ao seu Tribunal de Contas e o Órgão de Controle Interno.

E, por se acharem justos e acordados, depois de lido e achado conforme, é assinado o presente instrumento pelas partes supra e testemunhas abaixo, dele sendo extraídas 03 (três) vias de igual teor e forma, para um único efeito.

Rio de Janeiro, 21 de maio de 2016

SÉRGIO D'ABREU GAMA
SUBSECRETÁRIO DE UNIDADES DE SAÚDE

IOMAR PINHEIRO CANGUSSU
HOSPITAL MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS – HMTJ

Testemunha_____

Testemunha_____

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em quinta-feira, 31 de agosto de 2023 16:15:28 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE
HOSPITAL MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS

OFÍCIO GJurHMTJRJ Nº 689 / 2016

Rio de Janeiro, 31 de outubro de 2016

Ref.: OF. OP/CCOS Nº 568
Assunto: prorrogação contrato Hospital Estadual da Mãe – Contrato de gestão 002/2012

À Controladoria dos Contratos de Organizações Sociais

Ilma. Mary Virginian Northrup,

O **Hospital Maternidade Therezinha de Jesus**, em resposta ao oficio em referência, informa que há interesse na repactuação e encaminha os documentos solicitados em anexo.

Piétro Sìdoti
Gerente Jurídico HMTJ- OSS RJ

Benedito Jendiroba
Diretor Financeiro HMTJ- OSS RJ

RECEBIDO ES / SAÚDE
Em: 31/10/16
às 10:43 hs.
Assinatura

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em quinta-feira, 31 de agosto de 2023 16:15:28 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

- Data Atual: 19/10/2016 12:35:25
- Razão Social: HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS
- Nome Fantasia: HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS
- CNPJ/CPF: 21.583.042/0003-34
- N.º do Documento CRC: 0007/2012- OSS UPA 24H/MAT.PUBL.
- Data de Validade CRC: **22/03/2017**
- Situação: **Consta Ocorrência. Data de Documento ou Data de Validade CRC vencidas.**

DOCUMENTOS DA EMPRESA

Documento	Vigência	Entregue	Data de Vigência
01 - Inscrição no Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas - CNPJ	Não	Sim	
02 - Registro Comercial, Ato Constitutivo, Estatuto ou Contrato Social, Decreto de Autorização	Não	Sim	
03 - Cédula de Identidade e CPF dos Diretores e/ou Sócios e Procuradores	Não	Sim	
04 - Certidão Negativa de Ilícitos Trabalhistas que Infringem a Legislação de Proteção à Criança e ao Adolescente	Sim	Sim	14/03/2017
05 - Certidão Negativa de Débito Trabalhista - CNDT	Sim	Sim	19/03/2017
06 - Declaração de atendimento NR 07 e NR 09 - Cap. V da CLT	Sim	Sim	30/08/2016
07 - Inscrição no Cadastro de Contribuintes Estadual e/ou Municipal	Não	Sim	
08 - Certidão Conjunta Negativa de Débitos Relativos aos Tributos Federais e à Dívida Ativa da União	Sim	Sim	11/12/2016
09 - Regularidade com a Fazenda Estadual - ICMS	Sim	Sim	05/02/2017
10 - Certidão Negativa de Débito em Dívida Ativa da Procuradoria Geral do Estado	Sim	Sim	15/01/2017
11 - Regularidade com a Fazenda Municipal - ISSQN	Sim	Sim	19/12/2016
12 - Certidão Negativa de Débito em Dívida Ativa da Procuradoria Geral do Município	Sim	Sim	19/12/2016
14 - Certificado de Regularidade do FGTS - CRF	Sim	Sim	28/10/2016
15 - Certidão Negativa de Falência e Concordata (Ofícios FORUM)	Sim	Sim	29/12/2016

Imprimir

PROTOCOLO
18 OUT 2016

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em quinta-feira, 31 de agosto de 2023 16:15:28 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

DECLARAÇÃO

Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus, CNPJ: 21.583.042/0001-72, sediada à Rua Dirceu de Andrade nº 33, São Mateus, Juiz de Fora / MG e filial na cidade do Rio de Janeiro/RJ, na Rua da Assembleia, 10 sala 1422, Centro, inscrita no CNPJ sob o número 21.583.042/0009-20, neste ato representada pelo seu diretor financeiro **BENEDITO ZULMIRO LADEIRA JENDIROBA,** portador da carteira de identidade M6649396SSPMG e inscrito no CPF sob o nº 261.429.297-49, **DECLARA**, pessoa jurídica acima nominada encontra-se em situação regular quanto ao cumprimento do disposto no inciso XXXIII do art. 7º da Constituição Federal.

Por ser esta uma declaração da verdade, firmo o presente para os efeitos pretendidos.

Rio de Janeiro, 31 de outubro de 2016

BENEDITO ZULMIRO LADEIRA JENDIROBA
Diretor Financeiro

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em quinta-feira, 31 de agosto de 2023 16:15:28 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

Proposta Orçamentaria - Ampliação Hospital da Mãe
Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus

Descrição	Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4	Mês 5	Mês 6	Mês 7	Total
PESSOAL								
Salários e Ordenados	1.529.088	1.529.088	1.529.088	1.529.088	1.529.088	1.529.088	1.529.088	10.703.615
Benefícios	21.500	21.500	21.500	21.500	21.500	21.500	21.500	150.500
Verbas Rescisórias - Provisões	326.888	326.888	326.888	326.888	326.888	326.888	326.888	2.288.219
Férias, 13º Salário, Encargos e Contribuições	140.095	140.095	140.095	140.095	140.095	140.095	140.095	980.665
Salários e Ordenados - Médicos	1.887.448	1.887.448	1.887.448	1.887.448	1.887.448	1.887.448	1.887.448	13.212.133
Verbas Rescisórias - Provisões Médicos	403.499	403.499	403.499	403.499	403.499	403.499	403.499	2.824.500
Férias, 13º Salário, Encargos e Contribuições Médicos	172.928	172.928	172.928	172.928	172.928	172.928	172.928	1.210.496
TOTAL	**4.481.445**	**4.481.445**	**4.481.445**	**4.481.445**	**4.481.445**	**4.481.445**	**4.481.445**	**31.370.118**
MATERIAIS								
Drogas e Medicamentos	98.311	98.311	98.311	98.311	98.311	98.311	98.311	688.179
Materiais de Consumo Hospitalar	203.035	203.035	203.035	203.035	203.035	203.035	203.035	1.421.243
Gases Medicinais	15.422	15.422	15.422	15.422	15.422	15.422	15.422	107.956
Dieta Enteral e Parenteral	32.686	32.686	32.686	32.686	32.686	32.686	32.686	228.802
Material de Escritório/Papéis em Geral/Impressos	46.260	46.260	46.260	46.260	46.260	46.260	46.260	323.823
Peças e Materiais Manutenção	29.671	29.671	29.671	29.671	29.671	29.671	29.671	207.698
Material de Limpeza	2.006	2.006	2.006	2.006	2.006	2.006	2.006	14.042
Enxoval	4.002	4.002	4.002	4.002	4.002	4.002	4.002	28.014
Outras Despesas de Consumo	535	535	535	535	535	535	535	3.745
TOTAL	**431.929**	**431.929**	**431.929**	**431.929**	**431.929**	**431.929**	**431.929**	**3.023.501**
[illegible]AIS								
Serviços Prestados Pessoa Jurídica	450	450	450	450	450	450	450	3.150
Serviços Especializados	5.710	5.710	5.710	5.710	5.710	5.710	5.710	39.970
Serviços-Manutenção Predial	130.000	130.000	130.000	130.000	130.000	130.000	130.000	910.000
Serviços-Manutenção Equipamentos em Geral	19.348	19.348	19.348	19.348	19.348	19.348	19.348	135.436
Serviços-Manutenção Equipamentos Hospitalares	48.500	48.500	48.500	48.500	48.500	48.500	48.500	339.500
Serviços-Manutenção Equipamentos de Informática	42.592	42.592	42.592	42.592	42.592	42.592	42.592	298.144
Serviços Agência Transfusional	37.500	37.500	37.500	37.500	37.500	37.500	37.500	262.500
Serviços Laboratoriais	165.000	165.000	165.000	165.000	165.000	165.000	165.000	1.155.000
Locação de Equipamentos/Veículos/Ambulância	29.636	29.636	29.636	29.636	29.636	29.636	29.636	207.452
Locação Cilindros Gases Medicinais	6.016	6.016	6.016	6.016	6.016	6.016	6.016	42.112
Fornecimento de Alimentação	459.000	459.000	459.000	459.000	459.000	459.000	459.000	3.213.000
Serviços de Limpeza e Higienização	164.005	164.005	164.005	164.005	164.005	164.005	164.005	1.148.035
Serviços de Coleta de Resíduos Hospitalares	19.000	19.000	19.000	19.000	19.000	19.000	19.000	133.000
Segurança e Vigilância	75.000	75.000	75.000	75.000	75.000	75.000	75.000	525.000
Serviços de Esterilização	142.701	142.701	142.701	142.701	142.701	142.701	142.701	998.907
Serviços de Lavanderia	24.000	24.000	24.000	24.000	24.000	24.000	24.000	168.000
Cursos	5.797	5.797	5.797	5.797	5.797	5.797	5.797	40.577
Licenças de Software	10.914	10.914	10.914	10.914	10.914	10.914	10.914	76.398
Despesas com Hospedagem e Alimentação	2.400	2.400	2.400	2.400	2.400	2.400	2.400	16.800
Correio	200	200	200	200	200	200	200	1.400
Fretes, Carretos e Transportes	200	200	200	200	200	200	200	1.400
[illegible]io das Despesas da Sede da Contratada	100.529	100.529	100.529	100.529	100.529	100.529	100.529	703.700
[illegible]AL	**1.488.497**	**1.488.497**	**1.488.497**	**1.488.497**	**1.488.497**	**1.488.497**	**1.488.497**	**10.419.481**
INDIRETOS								
Água Ind.	16.000	16.000	16.000	16.000	16.000	16.000	16.000	112.000
Energia Elétrica Ind.	68.000	68.000	68.000	68.000	68.000	68.000	68.000	476.000
Telefonia Ind.	9.500	9.500	9.500	9.500	9.500	9.500	9.500	66.500
Seguros Ind.	2.500	2.500	2.500	2.500	2.500	2.500	2.500	17.500
Taxas/Impostos/Contribuições Ind.	4.600	4.600	4.600	4.600	4.600	4.600	4.600	32.200
TOTAL	**100.600**	**100.600**	**100.600**	**100.600**	**100.600**	**100.600**	**100.600**	**704.200**
TOTAL GERAL	**6.502.471**	**6.502.471**	**6.502.471**	**6.502.471**	**6.502.471**	**6.502.471**	**6.502.471**	**45.517.299**

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDE MARIA GUARNIERI GALIL, em quinta-feira, 31 de agosto de 2023 16:15:28 GMT-03:00, CNS: 04.116-[illegible] CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

Proposta Orçamentaria - Ampliação Hospital da Mãe
Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus

FUNÇÃO	QUANTIDADE
Assistente Administrativo Senior	5
Assistente Social	5
Auxiliar Administrativo	30
Auxiliar Farmácia	6
Coordenador	1
Coordenador Administrativo	1
Coordenador Médico Especialidade	3
Coordenador Radiologia (RT)	1
Coordenador Serviços	1
Coordenadora de Enfermagem	8
Coordenadora de Qualidade	1
Copeira	4
Diretor Clínico	1
Diretor Geral	1
Diretor Tecnico	1
Enfermeira	2
Enfermeiro	75
Enfermeiro Obstetras	24
Farmaceutico	4
Farmaceutico RT	1
Fisioterapia	11
Fonoaudiologia	2
Gerencia MultiProfissional	1
Manicure	1
Maqueiro	4
Médico 6Hrs Semanais	68
Médico 12Hrs Semanais	29
Médico 24Hrs Semanais	93
Médico 30Hrs Semanais	4
Nutricionista	3
Ouvidoria	1
icólogo	3
Recepcionista	14
Supervisor Administrativo	1
Supervisor de DP	1
Supervisor de Enfermagem	6
Supervisor de Recursos Humanos	1
Téc. Radiologia	7
Téc. Seg. Trabalho	2
Técnico Enfermagem	232
Total	662

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em quinta-feira, 31 de agosto de 2023 16:15:28 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

Governo do Estado do Rio de Janeiro
Secretaria de Estado de Saúde
Controladoria dos Contratos de Organizações Sociais

OF. OP/CCOS Nº 568 Rio de Janeiro, 31 de outubro de 2016.

AO HOSPITAL MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS – HMTJ
Rua da Assembleia, 10 - sala 1422 – Centro.
Rio de Janeiro/RJ
CEP: 20.011-000. Tel/Fax.: (21) 3763-0960

Assunto: **Hospital Estadual da Mãe – Contrato de Gestão n° 002/2012**

Tendo em vista a CI OA/SUBUS N° 969, oriunda da Subsecretaria de Unidades de Saúde, na qual dispõe sobre a ampliação do número de leitos de Maternidade, UI Neonatal e UTI Neonatal no Hospital Estadual da Mãe (cópia a seguir).

Considerando o exposto pela Subsecretaria de Unidades de Saúde quanto à repactuação do valor contratual para R$6.502.471,00 (seis milhões, quinhentos e dois mil e quatrocentos e setenta e um reais) a contar de 01/11/2016, tendo em vista o aumento do número de leitos na referida Unidade de Saúde;

Solicitamos manifestação da Organização Social de Saúde Hospital Maternidade Therezinha de Jesus quanto ao exposto na CI OA/SUBUS N° 969 proferida pela Subsecretaria de Unidades de Saúde, bem como o encaminhamento dos documentos abaixo relacionados:

- CRC – Certificado de Registro Cadastral Atualizado e Válido;
- Declaração de observância do art. 7º, XXXIII da Constituição da República Federativa do Brasil;
- Proposta Econômica contendo Planilha de Despesas de Custeio (Período 01/11/2016 – 20/05/2017);
- Dimensionamento de Recursos Humanos.

Atenciosamente,

Luiz Claudio de Carvalho Gomes
Superintendência de Acompanhamento dos Contratos de Gestão
ID: 5082846-0

Mary Virginia Northrup
Controladoria dos Contratos de Organizações Sociais
ID. 571721-3

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em quinta-feira, 31 de agosto de 2023 16:15:28 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

Governo do Estado do Rio de Janeiro
Secretaria de Estado de Saúde
Subsecretaria de Unidades de Saúde

CI OA/SUBUS Nº 309 Rio de Janeiro, 31 de outubro de 2016.

Para: Controladoria de Contratos das Organizações Sociais/SES
De: Subsecretaria de Unidades de Saúde

Assunto: REPACTUAÇÃO HOSPITAL DA MÃE

Considerando a mudança de perfil do Hospital Estadual Vereador Melchíades Calazans, que encerrará as atividades da Maternidade, dos leitos de UTI Neonatal e dos leitos de UI Neonatal a contar de 31 de outubro de 2016.

Considerando que Hospital Estadual da Mãe, recebeu os leitos da maternidade do Hospital Estadual Vereador Melchíades Calazans, ampliando para 30(trinta) leitos de Maternidade, 07(sete) leitos de UI Neonatal e 10(dez) leitos de UTI Neonatal, a contar de 01 de novembro de 2016.

Solicitamos procedimentos administrativos junto a OSS Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus, Contrato de Gestão nº 002/2012, que tem como objeto a gestão e operacionalização dos serviços de saúde a ser executado no Hospital Estadual da Mãe, a repactuação no valor de custeio máximo por conta do aumento dos números de leitos de maternidade, UTI Neonatal e UI Neonatal, passando de R$ 5.333.332,00 (cinco milhões, trezentos e trinta e três mil, trezentos e trinta e dois reais) para R$ 6.502.471,00 (seis milhões, quinhentos e dois mil, quatrocentos e setenta e um reais) mensais.

Atenciosamente,

31/10/16
12:51

Charbel Khouri Duarte
Subsecretário de Unidades de Saúde
ID: 2664884-9

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em quinta-feira, 31 de agosto de 2023 16:15:28 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

Governo do Estado do Rio de Janeiro
Secretaria de Estado de Saúde
Controladoria dos Contratos de Organizações Sociais

OF. OP/CCOS Nº 568 Rio de Janeiro, 31 de outubro de 2016.

AO HOSPITAL MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS – HMTJ
Rua da Assembleia, 10 - sala 1422 – Centro.
Rio de Janeiro/RJ
CEP: 20.011-000. Tel/Fax.: (21) 3763-0960

Assunto: **Hospital Estadual da Mãe – Contrato de Gestão nº 002/2012**

Tendo em vista a CI OA/SUBUS N° 969, oriunda da Subsecretaria de Unidades de Saúde, na qual dispõe sobre a ampliação do número de leitos de Maternidade, UI Neonatal e UTI Neonatal no Hospital Estadual da Mãe (cópia a seguir).

Considerando o exposto pela Subsecretaria de Unidades de Saúde quanto à repactuação do valor contratual para R$6.502.471,00 (seis milhões, quinhentos e dois mil e quatrocentos e setenta e um reais) a contar de 01/11/2016, tendo em vista o aumento do número de leitos na referida Unidade de Saúde;

Solicitamos manifestação da Organização Social de Saúde Hospital Maternidade Therezinha de Jesus quanto ao exposto na CI OA/SUBUS N° 969 proferida pela Subsecretaria de Unidades de Saúde, bem como o encaminhamento dos documentos abaixo relacionados:

- CRC – Certificado de Registro Cadastral Atualizado e Válido;
- Declaração de observância do art. 7º, XXXIII da Constituição da República Federativa do Brasil;
- Proposta Econômica contendo Planilha de Despesas de Custeio (Período 01/11/2016 – 20/05/2017);
- Dimensionamento de Recursos Humanos.

Atenciosamente,

Luiz Claudio de Carvalho Gomes
Superintendência de Acompanhamento dos Contratos de Gestão
ID: 5082246-0

Mary Virginia Northrup
Controladoria dos Contratos de Organizações Sociais
ID. 571721-3

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em quinta-feira, 31 de agosto de 2023 16:15:28 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

Recebido 24.01.17
Distribuído 24.01.17
Prazo

Luiz Cláudio de Carvalho Gomes
Superintendência de Acompanhamento dos Contratos de Gestão
ID: 5082846-0

Governo do Estado do Rio de Janeiro
Secretaria de Estado de Saúde
Controladoria dos Contratos de Organizações Sociais

OF. OP/CCOS Nº 568

Rio de Janeiro, 31 de outubro de 2016.

AO HOSPITAL MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS – HMTJ
Rua da Assembleia, 10 - sala 1422 – Centro.
Rio de Janeiro/RJ
CEP: 20.011-000. Tel/Fax.: (21) 3763-0960

Assunto: **Hospital Estadual da Mãe – Contrato de Gestão n° 002/2012**

Tendo em vista a CI OA/SUBUS N° 969, oriunda da Subsecretaria de Unidades de Saúde, na qual dispõe sobre a ampliação do número de leitos de Maternidade, UI Neonatal e UTI Neonatal no Hospital Estadual da Mãe (cópia a seguir).

Considerando o exposto pela Subsecretaria de Unidades de Saúde quanto à repactuação do valor contratual para R$6.502.471,00 (seis milhões, quinhentos e dois mil e quatrocentos e setenta e um reais) a contar de 01/11/2016, tendo em vista o aumento do número de leitos na referida Unidade de Saúde;

Solicitamos manifestação da Organização Social de Saúde Hospital Maternidade Therezinha de Jesus quanto ao exposto na CI OA/SUBUS N° 969 proferida pela Subsecretaria de Unidades de Saúde, bem como o encaminhamento dos documentos abaixo relacionados:

- CRC – Certificado de Registro Cadastral Atualizado e Válido;
- Declaração de observância do art. 7º, XXXIII da Constituição da República Federativa do Brasil;
- Proposta Econômica contendo Planilha de Despesas de Custeio (Período 01/11/2016 – 20/05/2017);
- Dimensionamento de Recursos Humanos.

Atenciosamente,

Luiz Cláudio de Carvalho Gomes
Superintendência de Acompanhamento dos Contratos de Gestão
ID: 5082846-0

Mary Virginia Northrup
Controladoria dos Contratos de Organizações Sociais
ID. 571721-3

Baneda 31/10

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em quinta-feira, 31 de agosto de 2023 16:15:28 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

Governo do Estado do Rio de Janeiro
Secretaria de Estado de Saúde
Subsecretaria de Unidades de Saúde

CI OA/SUBUS Nº 969

Rio de Janeiro, 31 de outubro de 2016.

Para: Controladoria dos Contratos de Organizações Sociais
De: Subsecretaria de Unidades de Saúde/SES

Assunto: REPACTUAÇÃO HOSPITAL DA MÃE

Considerando a mudança de perfil do Hospital Estadual Vereador Melchiades Calazans, solicitamos procedimentos administrativos junto à OSS HMTJ para que encerre as atividades da Maternidade, dos leitos de UTI Neonatal e dos leitos de UI Neonatal no HEVMC a contar de 01 de novembro de 2016.

Considerando que o Hospital Estadual da Mãe recebeu os leitos da maternidade do Hospital Estadual Vereador Melchiades Calazans, ampliando para 30 (trinta) leitos de Maternidade, 07 (sete) leitos de UI Neonatal e 10 (dez) leitos de UTI Neonatal, a contar de 01 de novembro de 2016.

Solicitamos procedimentos administrativos junto a OSS Hospital Maternidade Therezinha de Jesus, Contrato de Gestão n° 002/2012, que tem como objeto a gestão e operacionalização dos serviços de saúde a ser executado no Hospital Estadual da Mãe, a repactuação no valor de custeio máximo por conta do aumento dos números de leitos de maternidade, UTI Neonatal e UI Neonatal, passando de R$5.333.332,00 (cinco milhões, trezentos e trinta e três mil, trezentos e trinta e dois reais) para R$6.502.471,00 (seis milhões, quinhentos e dois mil, quatrocentos e setenta e um reais) mensais.

Atenciosamente,

Charbel Khouri Duarte.
Subsecretaria de Unidades de Saúde
ID. 2664884-9

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em quinta-feira, 31 de agosto de 2023 16:15:28 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE
HOSPITAL MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS

OFÍCIO GJurHMTJRJ Nº 469 / 2017

Rio de Janeiro, 26 de junho de 2017

Ref.: OFÍCIO GJurHMTJRJ Nº 457 / 2017
Assunto: término do Contrato de Gestão nº 002/2012 – Hospital da Mãe de Mesquita

Ao Secretário Estadual de Saúde

Ilmo. Dr. Luiz Antônio de Souza Teixeira Júnior,

O **Hospital Maternidade e Therezinha de Jesus - HMTJ**, expõe o que segue.

Hoje, 26/6/2017, foi publicado o extrato de instrumento do Contrato de Gestão 002/2017, cujo objeto é a da gestão e a execução de ações e serviços de saúde a serem prestados no Complexo Regional da Mãe de Mesquita – Maternidade e Clínica da Mulher, com data de assinatura em 20/6/2017.

Considerando que o Contrato de Gestão 002/2012 encerrou-se em 20/5/2017, conforme consta na cláusula primeira do seu terceiro termo aditivo.

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em quinta-feira, 31 de agosto de 2023 16:15:28 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

Considerando ainda que não houve interrupção da gestão da unidade por parte do Hospital Maternidade e Therezinha de Jesus entre o período de 20/5/2017 a 19/6/2017.

Considerando por fim que já expusemos a questão através do ofício GJurHMTJRJ Nº 457/2017 protocolado em 21/6/2017, sem termos qualquer resposta até o momento.

O HMTJ reitera o oficio em referência, requerendo posição da Pasta acerca do contrato referente ao período de 20/5/2016 a 19/6//2017.

Piétro Sìdoti
Gerente Jurídico HMTJ- OSS RJ

Benedito Jendiroba
Diretor Financeiro HMTJ- OSS RJ

ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE
HOSPITAL MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em quinta-feira, 31 de agosto de 2023 16:15:28 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.
1015

GOVERNO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

CONTRATO DE GESTÃO Nº 002/2017, QUE ENTRE SI CELEBRAM O ESTADO DO RIO DE JANEIRO ATRAVÉS DA SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE E HOSPITAL MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS, QUALIFICADA COMO ORGANIZAÇÃO SOCIAL NA ÁREA DE ATUAÇÃO EM HOSPITAL COM PERFIL DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE PARA OPERACIONALIZAR A GESTÃO E EXECUTAR AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE NO COMPLEXO REGIONAL DA MÃE DE MESQUITA – MATERNIDADE E CLÍNICA DA MULHER

Pelo presente instrumento particular, de um lado, o **ESTADO DO RIO DE JANEIRO**, através da **SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE - SES**, com sede nesta cidade, na Rua México n° 128, 5º andar, Centro, Rio de Janeiro - RJ, representada neste ato representado pelo Excelentíssimo Sr. Dr. **CHARBEL KHOURI DUARTE**, Subsecretário de Atenção à Saúde, portador da carteira de identidade n° 06745332-4, emitida pelo IFP e inscrito no CPF sob n° 723.378.697-68, doravante designada simplesmente **CONTRATANTE**, inscrita no CNPJ sob o nº 42.498.717/0001-55 e de outro lado, após a conclusão do processo de seleção nº E-08/001/330/2017, a Organização Social de Saúde **HOSPITAL MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS - HMTJ**, situada na Av. Doutor Carvalhães, n° 400, Rocha Sobrinho – Mesquita/RJ, inscrita no CNPJ/MF sob o nº 21.583.042/0003-34, daqui por diante denominada **CONTRATADA**, representada neste ato pelo Sr. **JOSÉ MARIANO SOARES DE MORAES**, na qualidade de Presidente, portador da cédula de identidade nº 591.447/SSP-MG e CPF nº 209.721.726-53, tendo em vista o que dispõe a Lei Federal nº 8.080, de 19/09/90, a Lei Estadual nº 6043, de 19/09/11, regulamentada pelo Decreto nº 43.261 de 27 de outubro de 2011 e alterações constantes no Decreto nº 43.303 de 24 de novembro de 2011, considerando o Edital de Seleção nº 001/2017 e o

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em quinta-feira, 31 de agosto de 2023 16:15:28 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

correspondente ato de Homologação publicado no D.O.E.R.J., de 08/06/2017, inserido nos autos do Processo de Acompanhamento nº E-08/001/3734/2017, em conformidade com as diretrizes e normas do Sistema Único de Saúde – SUS emanadas do Ministério da Saúde – MS resolvem celebrar o presente **CONTRATO DE GESTÃO** referente ao apoio ao gerenciamento e execução das atividades e serviços de saúde a serem desenvolvidos no **COMPLEXO REGIONAL DA MÃE DE MESQUITA – MATERNIDADE E CLÍNICA DA MULHER**, ficando permitido o uso dos respectivos equipamentos de saúde pelo período de vigência do presente Contrato de Gestão, mediante as seguintes cláusulas e condições:

CLÁUSULA PRIMEIRA – OBJETO

1.1 O presente **CONTRATO DE GESTÃO** tem por objeto a operacionalização da gestão e a execução de ações e serviços de saúde a serem prestados pela **CONTRATADA** no Complexo Regional da Mãe de Mesquita – Maternidade e Clínica da Mulher, localizado à Av. Doutor Carvalhães, n° 400, Rocha Sobrinho – Mesquita/RJ, em tempo integral, que assegure assistência universal e gratuita à população;

1.2 A execução do presente **CONTRATO DE GESTÃO** dar-se-á pela **CONTRATADA**, desde que observadas todas as condições propostas pela **CONTRATADA** no Programa de Trabalho, no Edital e demais diplomas legais.

1.3 Fazem parte integrante deste CONTRATO DE GESTÃO o Edital de Seleção e todos seus Anexos, principalmente:

(i) Anexo I – Termo de Referência

(ii) Anexo VI – Termo de Permissão de Uso

(iii) Anexo X – Transferência de Recursos Orçamentários

CLÁUSULA SEGUNDA – DA PERMISSÃO DE USO DOS BENS

Conforme Termo de Permissão de Uso (Anexo VI) o imóvel de propriedade do Estado do Rio de Janeiro referente Complexo Regional da Mãe de Mesquita – Maternidade e Clínica da Mulher e os bens móveis têm o seu uso permitido pela **CONTRATADA** durante a vigência do presente **CONTRATO DE GESTÃO**, nos

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em quinta-feira, 31 de agosto de 2023 16:15:28 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

termos Lei Complementar nº. 8, de 25 de outubro de 1977, Lei nº 6043/11 e do Decreto 43.261/2011.

CLÁUSULA TERCEIRA – OBRIGAÇÕES DA CONTRATADA

Compromete-se a **CONTRATADA**:

3.1 Prover os serviços ora contratados, com pessoal adequado e capacitado em todos os níveis de trabalho;

3.2 Comunicar à fiscalização do **CONTRATO DE GESTÃO**, por escrito e tão logo constatado problema ou a impossibilidade de execução de qualquer obrigação contratual, para a adoção das providências cabíveis;

3.3 Responder pelos serviços que executar, na forma do ato convocatório e da legislação aplicável;

3.4 Reparar, corrigir, remover, reconstruir ou substituir, no todo ou em parte e às suas expensas, bens ou prestações objeto do contrato em que se verificarem vícios, defeitos ou incorreções resultantes de execução irregular ou do emprego ou fornecimento de materiais inadequados ou desconformes com as especificações;

3.5 Manter em estoque um mínimo de materiais, peças e componentes de reposição regular e necessários à execução do objeto do contrato;

3.6 Manter, durante toda a duração deste contrato, em compatibilidade com as obrigações assumidas, as condições de habilitação e qualificação exigidas para participação na seleção pública;

3.7 Assegurar a organização, administração e gerenciamento do Complexo Regional da Mãe de Mesquita – Maternidade e Clínica da Mulher, objeto do presente **CONTRATO DE GESTÃO**, através de técnicas adequadas que permitam o desenvolvimento da estrutura funcional e a manutenção física da referida unidade e de seus equipamentos, além do provimento dos insumos (materiais) e medicamentos necessários à garantia do seu pleno funcionamento;

3.7.1 A aquisição de medicamentos deverá ser praticada respeitando até o valor máximo estabelecida na Tabela CEMED, com relação as órteses/próteses e insumos deverá seguir o disposto na Tabela SIGTAP - Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS.

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em quinta-feira, 31 de agosto de 2023 16:15:28 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

3.8 Prestar os serviços de saúde que estão especificados nos Anexo I do Edital, de acordo com o estabelecido neste **CONTRATO DE GESTÃO** e nos exatos termos da legislação pertinente ao SUS – Sistema Único de Saúde, especialmente o disposto na Lei nº. 8080, de 19 de setembro de 1990, com observância dos princípios veiculados pela legislação, e em especial:

(i) Universalidade de acesso aos serviços de saúde;

(ii) Gratuidade de assistência, sendo vedada a cobrança em face de usuários ou seus representantes, responsabilizando-se a **CONTRATADA** por cobrança indevida feita por seu empregado ou preposto;

(iii) Preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;

(iv) Igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;

(v) Direito de informação às pessoas assistidas, sobre sua saúde;

(vi) Divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário;

(vii) Fomento dos meios para participação da comunidade;

(viii) Prestação dos serviços com qualidade e eficiência, utilizando-se dos equipamentos de modo adequado e eficaz.

3.9 Na prestação dos serviços descritos no item anterior, a **CONTRATADA** deverá observar:

(i) Respeito aos direitos dos usuários, atendendo-os com dignidade de modo universal e igualitário;

(ii) Manutenção da qualidade na prestação dos serviços;

(iii) Respeito à decisão do usuário em relação ao consentimento ou recusa na prestação de serviços de saúde, salvo nos casos de iminente perigo de morte ou obrigação legal;

(iv) Garantia do sigilo dos dados e informações relativas aos usuários;

(v) Esclarecimento dos direitos aos usuários, quanto aos serviços oferecidos.

(vi) Responsabilidade civil e criminal pelo risco de sua atividade;

(vii) Inserção obrigatória dos procedimentos autorizados e dos medicamentos

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em quinta-feira, 31 de agosto de 2023 16:15:28 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

dispensados nos protocolos terapêuticos indicados pelas SES/RJ;

3.10 Apoiar e integrar o complexo regulador da SES/RJ;

3.11 Utilizar, para a contratação de pessoal, critérios exclusivamente técnicos e inclusive quanto ao gerenciamento e controle de recursos humanos, observando as normas legais vigentes, em especial as trabalhistas e previdenciárias;

3.12 Selecionar seu pessoal de forma pública, objetiva, transparente e impessoal, nos termos do regulamento próprio a ser editado pela **CONTRATADA,** devendo o mesmo constar no sítio eletrônico da ora **CONTRATADA**, assim como a prévia divulgação das vagas, critérios e formas de avaliação.

3.13 Contratar serviços de terceiros para atividades acessórias sempre que necessário, responsabilizando-se pelos encargos daí decorrentes;

3.14 A **CONTRATADA** será responsável exclusiva e diretamente por qualquer tipo de dano causado por seus agentes ao **CONTRATANTE** ou à terceiros na execução do contrato, não excluída ou reduzida essa responsabilidade pela presença de fiscalização ou pelo acompanhamento da execução por órgão da Administração. A **CONTRATADA** também será a exclusiva responsável por eventuais danos oriundos de relações com terceiros, como por exemplo, fornecedores e prestadores de serviços.

3.15 A **CONTRATADA** é responsável por encargos trabalhistas, inclusive decorrentes de acordos, dissídios e convenções coletivas, previdenciários, fiscais e comerciais oriundos da execução do contrato, podendo o **CONTRATANTE**, a qualquer tempo, exigir a comprovação do cumprimento de tais encargos, como condição do pagamento dos créditos da **CONTRATADA**.

3.16 Quando demandada pela SES / RJ, e de comum acordo entre as partes, colocar em operação serviços ou unidades assistenciais, inclusive o hospital de campanha (Decreto nº 43.408 de 9 de janeiro de 2012), para atendimento nas situações de urgência ou emergência, não previstos no Anexo I do Edital. Visando a prestação dos serviços mencionados neste item, o **CONTRATO DE GESTÃO** poderá ser aditivado em valor e prazo a serem acordados entre as partes.

3.17 Providenciar seguro contra incêndio, danos, avarias e responsabilidade civil para o prédio e bens móveis cedidos. A contratação do seguro deverá contemplar a descrição dos bens a serem segurados, as coberturas pretendidas e a garantia contra perda

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em quinta-feira, 31 de agosto de 2023 16:15:28 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

total ou parcial dos bens sinistrados;

3.18 Adotar o símbolo e o nome designativo da unidade de saúde cujo uso lhe for permitido;

3.19 Administrar o imóvel e os bens móveis que tiverem o uso permitido em conformidade com o disposto no Termo de Permissão de Uso – Anexo VI do Edital que deverá definir as responsabilidades da **CONTRATADA**, até sua restituição ao Poder Público;

3.20 O Termo especificará os bens, o estado de conservação e definirá as responsabilidades da **CONTRATADA** quanto à sua guarda e manutenção;

3.21 A instalação de bens móveis ou imobilizados nos equipamentos objeto da permissão de uso, assim como as benfeitorias realizadas naqueles já existentes serão incorporados ao patrimônio estadual, sem possibilidade retenção ou retirada sem prévia autorização do Poder Público;

3.22 Os equipamentos e instrumental necessário para a realização dos serviços contratados deverão ser mantidos pela **CONTRATADA** em perfeitas condições;

3.23 Os equipamentos, instrumentos e quaisquer bens permanentes, que porventura venham a ser adquiridos com recursos oriundos deste **CONTRATO DE GESTÃO** ou recebidos em doação para instalação nesta unidade, serão automaticamente incorporados ao patrimônio do Estado do Rio de Janeiro devendo a **CONTRATADA** entregar a **CONTRATANTE** a documentação necessária ao processo regularização da incorporação dos referidos bens;

3.23.1 As aquisições de materiais e equipamentos permanentes serão efetuadas através da transferência de recursos oriundos deste **CONTRATO DE GESTÃO**, estimadas no item Investimento da Planilha de Despesas de Custeio e Investimento, item 8.4 do Anexo I. As aquisições deverão ser incorporadas e patrimoniadas pela SES/RJ, devendo a **CONTRATADA** apresentar os documentos e informações pertinentes tão logo realize a aquisição.

3.23.2 Deverá ser realizada a atualização cadastral do Mobiliário, Materiais e Equipamentos Permanentes e de Informática, através de um inventário de todos os equipamentos existentes, informando sua localização, o nome e tipo do equipamento, assim como seu número de patrimônio. O Mobiliário, Materiais e

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em quinta-feira, 31 de agosto de 2023 16:15:28 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

Equipamentos Permanentes e de Informática adquiridos com recursos do **CONTRATO DE GESTÃO** também deverão ser objeto de patrimonialização pelo Órgão designado pelo Estado do Rio de Janeiro.

3.23.3 Deverá ser mantida na Unidade de Saúde uma ficha histórica com as intervenções sofridas nos equipamentos ao longo do tempo, especificando o serviço executado e as peças substituídas.

3.23.4 Deverão ser informados à SES/RJ todos e quaisquer deslocamento do Mobiliário, Materiais e Equipamentos Permanentes e de Informática para outros setores, assim como deverá ser atualizada sua localização na ficha cadastral.

3.24 Deverão ser enviadas à SES / RJ cópias de todos os contratos de prestação de serviços firmados pela Organização Social, devidamente assinados, já na prestação de contas referente ao primeiro trimestre do **CONTRATO DE GESTÃO**.

3.25 Restituir ao Poder Público o saldo dos recursos líquidos resultantes dos valores repassados, em caso de rescisão do presente **CONTRATO DE GESTÃO**.

3.26 No caso do item anterior, a **CONTRATADA** deverá transferir, integralmente, à **CONTRATANTE** os legados ou doações que lhe foram destinados, benfeitorias, bens móveis e imobilizados instalados nos equipamentos de saúde, bem como os excedentes financeiros decorrentes da prestação de serviços de assistência à saúde cujo uso dos equipamentos lhe fora permitido.

3.27 Disponibilizar permanentemente toda e qualquer documentação para auditoria do Poder Público, inclusive os seguintes comprovantes:

a) Pagamento de salários a empregados, incluídas as horas extras devidas e outras verbas que, em razão da percepção com habitualidade, devam integrar os salários; ou a repartição das cotas, em se tratando de cooperativas, até o quinto dia útil de cada mês seguinte ao vencimento ou na forma estabelecida no Estatuto, no último caso;

b) Pagamento de vale-transporte e o auxílio-alimentação de seus empregados;

c) Anotações em Carteiras de Trabalho e Previdência Social de seus empregados;

d) Recolhimentos dos tributos, contribuições e encargos, incluindo aqueles relativos aos empregados vinculados ao Contrato.

3.27.1 É vedada a contratação de cooperativa fornecedora de mão de obra. Qualquer intenção de contratação pela **CONTRATADA** de cooperativa de serviços

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em quinta-feira, 31 de agosto de 2023 16:15:28 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

voltados às atividades médicas será submetida previamente ao **CONTRATANTE.**

3.28 A **CONTRATADA** será obrigada a reapresentar a Certidão Negativa de Débito junto ao INSS (CND) e a Certidão Negativa de Débitos de Tributos e Contribuições Federais, Certificado de Regularidade do FGTS (CRF) e Certidão Negativa de Débitos perante a Justiça do Trabalho nos termos do Título VII-A da Consolidação das Leis do Trabalho, sempre que expirados os respectivos prazos de validade.

3.29 Responsabilizar-se integralmente pela contratação e pagamento do pessoal necessário à execução dos serviços inerentes às atividades da **CONTRATADA**, ficando esta como a única responsável pelo pagamento dos encargos sociais e obrigações trabalhistas decorrentes, respondendo integral e exclusivamente, em juízo ou fora dele, isentando a **CONTRATANTE** de quaisquer obrigações, presentes ou futuras, desde que os repasses de recursos financeiros tenham obedecido ao cronograma estabelecido entre as partes. Caso o referido cronograma não tenha sido obedecido, o descumprimento só acarretará a responsabilidade da **CONTRATANTE**, se for causa direta ao não pagamento dos encargos sociais e das obrigações trabalhistas.

3.30 Uma vez constatada a existência de débitos previdenciários, decorrentes da execução do presente **CONTRATO DE GESTÃO** pela **CONTRATADA**, que resulte no ajuizamento de reclamação trabalhista, com a inclusão do Estado do Rio de Janeiro no pólo passivo como responsável subsidiário, a **CONTRATANTE** poderá reter, das parcelas vincendas, o correspondente ao montante dos valores em cobrança, que serão complementados a qualquer tempo com nova retenção em caso de insuficiência.

3.31 A retenção prevista no item 3.30 será realizada na data do conhecimento pela **CONTRATANTE** da existência da ação trabalhista ou da verificação da existência de débitos previdenciários ou relativos ao Fundo de Garantia por Tempo de Serviço dos empregados da **CONTRATADA** para consecução do objeto do presente **CONTRATO DE GESTÃO.**

3.32 A retenção somente será liberada com o trânsito em julgado da decisão de improcedência dos pedidos ou do efetivo pagamento do título executivo judicial ou do débito previdenciário pela **CONTRATADA.**

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em quinta-feira, 31 de agosto de 2023 16:15:28 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

3.33 Ocorrendo o término do **CONTRATO DE GESTÃO** sem que tenha se dado a decisão final da ação trabalhista ou decisão final sobre o débito previdenciário, o valor ficará retido e será pleiteado em processo administrativo após o trânsito em julgado e/ou o pagamento da condenação/dívida.

3.34 Abrir conta corrente bancária específica no banco indicado pela Secretaria de Estado de Saúde para movimentação dos recursos provenientes do presente **CONTRATO DE GESTÃO.**

3.35 Manter em boa ordem e guarda todos os documentos originais que comprovem as despesas realizadas no decorrer do **CONTRATO DE GESTÃO**, e disponibilizar extrato mensalmente à **CONTRATANTE**.

3.36 Responsabilizar-se por todos os ônus, encargos e obrigações comerciais, fiscais, sociais, tributárias, ou quaisquer outras previstas na legislação em vigor.

3.37 Não distribuir, sob nenhuma forma, lucros ou resultados entre seus diretores ou empregados.

3.38 Encaminhar à **CONTRATANTE** para publicação no Diário Oficial do Estado, no prazo máximo de 90 (noventa) dias contados da assinatura deste **CONTRATO DE GESTÃO**, regulamento próprio contendo os procedimentos que adotará para a contratação de serviços, obras e aquisições necessários à execução do **CONTRATO DE GESTÃO**, bem como para compras com emprego de recursos provenientes do Poder Público, de acordo com o que prescreve a Lei nº 6.043 de 19 de setembro de 2011, de forma atender aos princípios constitucionais do caput do art.37 da CRFB, especialmente aos da publicidade, impessoalidade, moralidade e eficiência;

3.39 Responsabilizar-se integralmente por todos os compromissos assumidos neste **CONTRATO DE GESTÃO.**

3.40 Manter registro atualizado de todos os atendimentos efetuados no Complexo Regional da Mãe de Mesquita – Maternidade e Clínica da Mulher, disponibilizando a qualquer momento à **CONTRATANTE** e às auditorias do SUS, as fichas de atendimento dos usuários, assim como todos os demais documentos que comprovem a confiabilidade e segurança dos serviços prestados no Complexo Regional da Mãe de Mesquita – Maternidade e Clínica da Mulher.

3.41 Apresentar a **CONTRATANTE** até o 5º dia do mês seguinte, Relatórios

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em quinta-feira, 31 de agosto de 2023 16:15:28 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

Gerenciais e comprovantes, na forma que lhe for indicada pela **CONTRATANTE**.

3.42 Providenciar e manter atualizadas todas as licenças e alvarás junto às repartições competentes, necessários à execução dos serviços objeto do presente **CONTRATO DE GESTÃO**;

3.43 Consolidar a imagem do Complexo Regional da Mãe de Mesquita – Maternidade e Clínica da Mulher como centro de prestação de serviços públicos da rede assistencial do Sistema Único de Saúde - SUS, comprometido com sua missão de atender às necessidades terapêuticas dos usuários, primando pela qualidade da assistência;

3.44 Devolver à **CONTRATANTE**, após o término de vigência deste **CONTRATO DE GESTÃO**, toda área, equipamentos, instalações e utensílios, em perfeitas condições de uso, respeitado o desgaste natural pelo tempo transcorrido, substituindo aqueles que não mais suportarem recuperação;

3.45 Os bens móveis permitidos em uso poderão ser permutados por outros de igual ou maior valor, que passam a integrar o patrimônio do Estado, após prévia avaliação e expressa autorização do **CONTRATANTE**;

3.46 Implantar, após prévia aprovação da SES/RJ, um modelo normatizado de pesquisa de satisfação pós-atendimento;

3.47 Realizar seguimento, análise e adoção de medidas de melhoria diante das sugestões, queixas e reclamações que receber com respostas aos usuários, no prazo máximo de 30 dias úteis;

3.48 Não adotar nenhuma medida unilateral de mudanças na carteira de serviços, nos fluxos de atenção consolidados, nem na estrutura física do Complexo Regional da Mãe de Mesquita – Maternidade e Clínica da Mulher, sem prévia ciência e aprovação da SES/RJ;

3.49 O balanço e os demonstrativos financeiros anuais da **CONTRATADA** devem ser elaborados de acordo com as regras de contabilidade privada, obedecido o disposto na Lei nº 6.043/2011;

3.50 Ao final de cada exercício financeiro, a **CONTRATADA** apresentará ao órgão supervisor a prestação de contas, contendo, em especial, relatório de gestão, balanço e demonstrativos financeiros correspondentes, devendo ser elaborada em

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em quinta-feira, 31 de agosto de 2023 16:15:28 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

conformidade com o **CONTRATO DE GESTÃO** e demais disposições normativas sobre a matéria.

3.51 Encaminhar, semestralmente, a relação de processos judiciais em que a **CONTRATADA** figure como ré e que contenham pretensões indenizatórias, bem como as decisões que lhes foram desfavoráveis e os valores das condenações.

3.52 Arcar com todo e qualquer dano ou prejuízo, de qualquer natureza, causados à **CONTRATANTE** e/ou a terceiros, em consequência de erro, negligência ou imperícia, própria ou de auxiliares que estejam sob sua responsabilidade na execução dos serviços contratados.

CLAUSULA QUARTA – OBRIGAÇÕES DA CONTRATANTE

Para execução dos serviços objeto do presente **CONTRATO DE GESTÃO**, a **CONTRATANTE** obriga-se a:

4.1 Disponibilizar à **CONTRATADA** os meios necessários à execução do presente objeto, conforme previsto neste **CONTRATO DE GESTÃO** e em seus anexos;

4.2 Garantir os recursos financeiros para a execução do objeto deste **CONTRATO DE GESTÃO** nos termos do Anexo I do Edital, a partir da efetiva assunção do objeto pela **CONTRATADA**;

4.3 Programar no orçamento, para os exercícios subsequentes ao da assinatura do presente **CONTRATO DE GESTÃO**, os recursos necessários, para fins de custeio da execução do objeto contratual;

4.4 Permitir o uso dos bens móveis e imóveis, nos termos do artigo 28 da Lei nº 6.043 de 19 de setembro de 2011 mediante Termo de Permissão de Uso;

4.5 Para a formalização do Termo, a **CONTRATANTE** deverá inventariar, avaliar e identificar previamente os bens;

4.6 Reter repasse de recursos à **CONTRATADA** quando a **CONTRATANTE** for demandada em nome próprio, primariamente, por condutas ilícitas e danosas praticadas por agentes da **CONTRATADA**, a exemplo dos itens 3.15 e 3.30 deste **CONTRATO DE GESTÃO**.

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em quinta-feira, 31 de agosto de 2023 16:15:28 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

CLAUSULA QUINTA – VIGÊNCIA

O **CONTRATO DE GESTÃO** vigorará pelo prazo de 01 (um) ano, a contar de sua respectiva celebração, podendo ser mediante termo aditivo objeto de sucessivas renovações, pelo mesmo prazo, até o limite máximo de 5 (cinco) anos.

CLÁUSULA SEXTA – DOS RECURSOS FINANCEIROS

6.1 Os recursos financeiros para a execução do objeto deste **CONTRATO DE GESTÃO** serão alocados para a **CONTRATADA** mediante transferências oriundas do **CONTRATANTE**, sendo permitido à **CONTRATADA** o recebimento de doações e contribuições de entidades nacionais e estrangeiras, rendimentos de aplicações dos ativos financeiros da Organização Social e de outros pertencentes ao patrimônio que estiver sob a sua administração.

6.2 Os recursos financeiros repassados pela Secretaria de Estado de Saúde provenientes do **CONTRATO DE GESTÃO** deverão ser aplicados, em até 02 (dois) dias úteis, contados a partir do crédito na conta bancária da **CONTRATADA**, exclusivamente em caderneta de poupança de instituição financeira oficial.

6.3 Os excedentes financeiros deverão ser restituídos à **CONTRATANTE** ou aplicados nas atividades objeto **CONTRATO DE GESTÃO**, desde que com prévia aprovação da Secretaria de Estado de Saúde.

CLÁUSULA SÉTIMA – DO REPASSE DE RECURSOS

O detalhamento da Transferência de Recursos Orçamentários está regulado no Anexo I do Edital.

CLÁUSULA OITAVA – DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

As despesas decorrentes deste **CONTRATO DE GESTÃO** correrão por conta dos recursos da Dotação Orçamentária a seguir especificada:

Unidade Orçamentária: 2961 – Fundo Estadual de Saúde
Fonte de Recurso: 100/122/225
Programa de Trabalho: 2961.10.302.0149.8341
Natureza da Despesa: 3390.39.30

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em quinta-feira, 31 de agosto de 2023 16:15:28 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

Unidade Orçamentária: 2961 – Fundo Estadual de Saúde

Fonte de Recurso: 100/122/225

Programa de Trabalho: 2961.10.302.0149.8341

Natureza da Despesa: 3390.34.01

CLÁUSULA NONA – VALOR DO CONTRATO

Dá–se a este **CONTRATO DE GESTÃO** o valor total de **R$65.541.569,00** (sessenta e cinco milhões, quinhentos e quarenta e um mil e quinhentos e sessenta e nove reais).

CLÁUSULA DÉCIMA – DAS CONDIÇÕES DE TRANSFERÊNCIA DE RECURSOS

O detalhamento do Sistema de Transferência de Recursos está descrito no Anexo I do Edital.

As Transferências de Recursos referentes à parcela mensal de custeio terá o valor de **R$5.295.130,75** (cinco milhões, duzentos e noventa e cinco mil e cento e trinta reais e setenta e cinco centavos) e duas parcelas de investimento, cada uma no valor de R$1.000.000,00 (um milhão de reais), totalizando o valor de **R$2.000.000,00** (dois milhões de reais), nos termos da proposta orçamentária inserida nos autos do Processo de Seleção nº E-08/001/330/2017.

As Transferências de Recursos serão depositadas na **Conta-Corrente nº 26.456-3, agência 3033 de titularidade da** CONTRATADA, junto à instituição financeira contratada pelo Estado.

PARÁGRAFO ÚNICO

No caso de a **CONTRATADA** estar estabelecida em localidade que não possua agência da instituição financeira contratada pelo Estado ou caso verificada pelo **CONTRATANTE** a impossibilidade de a **CONTRATADA**, em razão de negativa expressa da instituição financeira contratada pelo Estado, abrir ou manter conta corrente naquela instituição financeira, a transferência poderá ser feita mediante crédito em conta

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em quinta-feira, 31 de agosto de 2023 16:15:28 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

corrente de outra instituição financeira. Nesse caso, eventuais ônus financeiros e/ou contratuais adicionais serão suportados exclusivamente pela **CONTRATADA**.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA – REPACTUAÇÃO

Decorrido o prazo de 12 (doze) meses da data da apresentação da proposta ou do orçamento a que essa proposta se referir, poderá a **CONTRATADA** fazer jus a repactuação do valor contratual, mediante avaliação da variação efetiva do custo de produção ou dos insumos utilizados na consecução do objeto contratual.

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA – DO ACOMPANHAMENTO, AVALIAÇÃO E FISCALIZAÇÃO DO CONTRATO DE GESTÃO

12.1 O acompanhamento e a fiscalização da execução do **CONTRATO DE GESTÃO**, sem prejuízo da ação institucional dos órgãos de controle interno e externo do Estado, serão efetuados pela Secretaria de Estado de Saúde;

12.2 A execução do presente **CONTRATO DE GESTÃO** será efetuada por intermédio da Comissão de Acompanhamento e Fiscalização nomeada pelo Secretário de Estado de Saúde;

12.3 Nos termos do Decreto nº 43.261 de 27 de outubro de 2011 e alterações constantes no Decreto nº 43.303 de 24 de novembro de 2011, os resultados e metas alcançados com a execução do **CONTRATO DE GESTÃO** serão avaliados, semestralmente pela Comissão de Avaliação, formalmente designada pela **CONTRATANTE**;

12.4 A síntese do relatório de gestão e do balanço da Organização Social deverão ser publicados pela SES/RJ no Diário Oficial do Estado e, de forma completa, pela Organização Social no seu sítio eletrônico, bem como após 5 dias úteis serem encaminhados pela SES/RJ à Assembleia Legislativa do Estado do Rio de Janeiro e ao Tribunal de Contas do Estado do Rio de Janeiro;

12.5 A Secretaria de Estado de Saúde deverá encaminhar a prestação de contas anual, mencionada no Art. 22, § 1º, da Lei nº 6.043/2011 ao Conselho Estadual de Saúde, Assembleia Legislativa do Estado do Rio de Janeiro e ao Tribunal de Contas do Estado do Rio de Janeiro.

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em quinta-feira, 31 de agosto de 2023 16:15:28 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

12.6 A **CONTRATADA** declara, antecipadamente, aceitar todas as condições, métodos e processos de inspeção, verificação e controle adotados pela fiscalização, obrigando-se a lhes fornecer todos os dados, elementos, explicações, esclarecimentos e comunicações de que este necessitar e que forem julgados necessários ao desempenho de suas atividades.

12.7 A instituição e a atuação da fiscalização do serviço objeto do contrato não excluem ou atenuam a responsabilidade da **CONTRATADA**, nem a exime de manter fiscalização própria.

CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA – DA ALTERAÇÃO, RENEGOCIAÇÃO TOTAL E PARCIAL

13.1 O presente **CONTRATO DE GESTÃO** poderá ser alterado, mediante revisão das metas e dos valores financeiros inicialmente pactuados, desde que prévia e devidamente justificado, com a aceitação de ambas as partes e a autorização por escrito do Secretário de Saúde, devendo, nestes casos, serem formalizados os respectivos Termos Aditivos.

13.2 Poderá também ser alterado para assegurar a manutenção do equilíbrio econômico e financeiro do **CONTRATO DE GESTÃO**, na hipótese de sobrevirem fatos imprevisíveis, ou previsíveis, porém de consequências incalculáveis, retardadores ou impeditivos da execução do ajustado ou, ainda, em caso de força maior, caso fortuito ou fato do príncipe, configurando álea econômica extraordinária e extracontratual.

CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA – DA PRESTAÇÃO DE CONTAS

14.1 A prestação de contas está regulada no Anexo I do Edital.

14.2 A **CONTRATADA** deverá apresentar à **CONTRATANTE** mensalmente:

14.2.1 Relação dos valores financeiros repassados, com indicação da Fonte de Recursos,

14.2.2 Relatório Consolidado da Produção Contratada X Produção Realizada,

14.2.3 Relatório Consolidado do alcance das metas de qualidade (Indicadores).

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em quinta-feira, 31 de agosto de 2023 16:15:28 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA – DA SANÇÃO, RESCISÃO E SUSPENSÃO DO CONTRATO DE GESTÃO

A rescisão do **CONTRATO DE GESTÃO** poderá ser efetivada:

15.1 Por ato unilateral da **CONTRATANTE**, na hipótese de descumprimento, por parte da **CONTRATADA**, ainda que parcial, das cláusulas que inviabilizem a execução de seus objetivos e metas previstas no presente **CONTRATO DE GESTÃO**, decorrentes de má gestão, culpa e/ou dolo;

15.2 Por acordo entre as partes reduzido a termo, tendo em vista o interesse público;

15.3 Por ato unilateral da **CONTRATADA** na hipótese de atrasos dos repasses devidos pela **CONTRATANTE** superior a 90 (noventa) dias da data fixada para o pagamento, cabendo à **CONTRATADA** notificar a **CONTRATANTE**, com antecedência mínima de 90 (noventa) dias, informando do fim da prestação dos serviços contratados;

15.4 Na hipótese da cláusula 15.3, a **CONTRATANTE** responsabilizar-se-á apenas pelos prejuízos suportados pela **CONTRATADA** exclusivamente em decorrência do retardo na transferência de recursos, cabendo à **CONTRATADA** a comprovação do nexo de causalidade entre os prejuízos alegados e a mora da **CONTRATANTE**.

15.5 Verificada qualquer uma das hipóteses de rescisão contratual, o **CONTRATANTE** providenciará a revogação da permissão de uso existente em decorrência do presente instrumento.

15.6 Em caso de rescisão do **CONTRATO DE GESTÃO,** a **CONTRATADA**, no prazo de até 90 (noventa) dias, deverá prestar contas de sua gestão à **CONTRATANTE** quanto à incorporação do patrimônio, dos legados e doações que lhe foram destinados, bem como dos excedentes financeiros decorrentes de suas atividades, ao patrimônio do Estado ou ao de outra Organização Social qualificada, que vier a celebrar Contrato de Gestão com o Poder Público, ressalvados o patrimônio, bens e recursos pré-existentes ao Contrato de Gestão, conforme disposto no Artigo10, inciso IV, da Lei nº 6.043/11.

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em quinta-feira, 31 de agosto de 2023 16:15:28 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

15.7 Configurará infração contratual a inexecução dos serviços, total ou parcial, execução imperfeita, mora ou inadimplemento na execução, inobservância do Decreto Nº 43.261, na Lei nº 6.043/2011 e, especialmente, se a **CONTRATADA**:

15.7.1 Utilizar de forma irregular os recursos públicos que lhe forem destinados;

15.7.2 Incorrer em irregularidade fiscal ou trabalhista;

15.7.3 Deixar de promover a manutenção dos bens públicos permitidos ou promover desvio de sua finalidade;

15.7.4 Violar os princípios que regem o Sistema Único de Saúde.

15.7.5 A ocorrência de infração contratual sujeita a **CONTRATADA**, sem prejuízo da responsabilidade civil ou criminal que couber, assegurado o contraditório e a prévia e ampla defesa, as seguintes penalidades:

a) advertência;

b) multa de até 5% (cinco por cento) sobre o valor do **CONTRATO DE GESTÃO**, aplicada de acordo com a gravidade da infração e proporcionalmente às parcelas não executadas. Nas reincidências específicas, a multa corresponderá ao dobro do valor da que tiver sido inicialmente imposta, observando-se sempre o limite de 20% (vinte por cento);

c) Desqualificação da entidade como organização social.

PARÁGRAFO ÚNICO - Os diretores da CONTRATADA serão responsabilizados pessoalmente, no caso de eventual aplicação de penalidade de cunho pecuniário, incidindo as penas sobre o seu patrimônio, considerando que Organização Social é uma entidade sem fins lucrativos.

15.8 A rescisão contratual será formalmente motivada nos autos do processo administrativo, assegurado a **CONTRATADA** o direito ao contraditório e a prévia e ampla defesa.

15.9 A declaração de rescisão deste contrato, independentemente da prévia notificação judicial ou extrajudicial, operará seus efeitos a partir da publicação em Diário Oficial.

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em quinta-feira, 31 de agosto de 2023 16:15:28 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

15.10 Na hipótese de rescisão administrativa, além das demais sanções cabíveis, o Estado poderá:

a) reter, a título de compensação, os créditos devidos à contratada e cobrar as importâncias por ela recebidas indevidamente;

b) cobrar da contratada multa de 10% (dez por cento), calculada sobre o saldo reajustado dos serviços não executados e;

c) cobrar indenização suplementar se o prejuízo for superior ao da multa.

15.11 O CONTRATO DE GESTÃO poderá ser rescindido ou resolvido quando do advento de circunstância superveniente que comprometa o fundamento de validade do mesmo e a sua regular execução.

PARÁGRAFO PRIMEIRO – A imposição das penalidades é de competência exclusiva do **CONTRATANTE**.

PARÁGRAFO SEGUNDO – A sanção prevista na alínea b desta Cláusula poderá ser aplicada cumulativamente a qualquer outra.

PARÁGRAFO TERCEIRO – A aplicação de sanção não exclui a possibilidade de rescisão administrativa do Contrato, garantido o contraditório e a defesa prévia.

PARÁGRAFO QUARTO – A multa administrativa prevista na alínea b não tem caráter compensatório, não eximindo o seu pagamento a **CONTRATADA** por perdas e danos das infrações cometidas.

PARÁGRAFO QUINTO – O atraso injustificado no cumprimento das obrigações contratuais sujeitará a contratada à multa de mora de até 1% (um por cento) por dia útil que exceder o prazo estipulado, a incidir sobre o valor da transferência mensal, respeitado o limite do art.412 do Código Civil, sem prejuízo da possibilidade de rescisão unilateral do contrato pelo **CONTRATANTE** ou da aplicação das sanções administrativas.

PARÁGRAFO SEXTO - No exercício de sua função decisória, poderá a **CONTRATANTE** firmar acordos com a **CONTRATADA**, a fim de estabelecer o

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em quinta-feira, 31 de agosto de 2023 16:15:28 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

conteúdo discricionário do ato sancionatório, salvo impedimento legal ou decorrente da natureza e das circunstâncias da relação jurídica envolvida, observados os princípios da transparência, legalidade, finalidade, motivação, razoabilidade, proporcionalidade, moralidade, ampla defesa, contraditório, segurança jurídica, impessoalidade, eficiência, celeridade, oficialidade, publicidade, participação, proteção da confiança legítima e interesse público, desde que a opção pela solução consensual, devidamente motivada, seja compatível com o interesse público.

CLÁUSULA DECIMA SEXTA – FISCALIZAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

A **CONTRATANTE** providenciará, até o 5º (quinto) dia útil seguinte ao da sua assinatura, o encaminhamento de cópia autêntica do presente **CONTRATO DE GESTÃO** e dos seus Anexos ao Tribunal de Contas e à Contadoria Geral do Estado, junto à Secretaria de Estado de Fazenda.

CLÁUSULA DÉCIMA SÉTIMA - DO RECURSO AO JUDICIÁRIO

As importâncias decorrentes de quaisquer penalidades impostas à **CONTRATADA**, inclusive as perdas e danos ou prejuízos que a execução do contrato tenha acarretado, quando superiores à garantia prestada ou aos créditos que a **CONTRATADA** tenha em face da **CONTRATANTE**, que não comportarem cobrança amigável, serão cobrados judicialmente.

PARÁGRAFO ÚNICO – Caso a **CONTRATANTE** tenha de recorrer ou comparecer a juízo para haver o que lhe for devido, a **CONTRATADA** ficará sujeita ao pagamento, além do principal do débito, da pena convencional de 10% (dez por cento) sobre o valor do litígio, dos juros de mora de 1% (um por cento) ao mês, despesas de processo e honorários de advogado, estes fixados, desde logo, em 20% (vinte por cento) sobre o valor em litígio.

CLÁUSULA DECIMA OITAVA – PUBLICAÇÃO

O presente **CONTRATO DE GESTÃO** deverá ser publicado, em extrato, no Diário Oficial do Estado, dentro do prazo de 20 (vinte) dias contados de sua assinatura,

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em quinta-feira, 31 de agosto de 2023 16:15:28 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

por conta do **CONTRATANTE**, ficando condicionada a essa publicação a plena eficácia do mesmo.

CLÁUSULA DÉCIMA NONA - FORO

19.1 Fica eleito o Foro Central da Comarca da Capital do Estado do Rio de Janeiro para dirimir qualquer questão oriunda do presente **CONTRATO DE GESTÃO** ou de sua execução, exceto quanto à propositura de ações possessórias, caso em que prevalecerá o foro da situação do imóvel, renunciando a **CONTRATADA** a qualquer outro foro que tenha ou venha a ter, por mais privilegiado que seja. E, por estarem de pleno acordo, firmam as partes o presente instrumento, em quatro vias de igual teor e forma, na presença das testemunhas abaixo:

Rio de Janeiro, 20 de junho de 2017

CHARBEL KHOURI DUARTE
SUBSECRETÁRIO DE ATENÇÃO À SAÚDE

JOSÉ MARIANO SOARES DE MORAES
HOSPITAL MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS

Testemunha_____

Testemunha_____

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em quinta-feira, 31 de agosto de 2023 16:15:28 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

3. - QUALIDADE TÉCNICA

EXPERIÊNCIA ANTERIOR EM GESTÃO HOSPITALAR DA PROPONENTE:

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

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em quinta-feira, 31 de agosto de 2023 16:15:28 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

Certificado CEBAS-SAÚDE Validade até 24 de janeiro de 2016

Certificado

HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS

inscrita(o) no CNPJ Nº 21.583.042/0001-72, está certificada(o) como Entidade Beneficente de Assistência Social na área da Saúde e, como tal, presta serviços ao Sistema Único de Saúde - SUS.

Brasília-DF, 26 de Março de 2013

HELVÉCIO MIRANDA MAGALHÃES JÚNIOR
SECRETÁRIO DE ATENÇÃO À SAÚDE

ALEXANDRE ROCHA SANTOS PADILHA
MINISTRO DA SAÚDE

* Conforme Portaria SAS/MS Nº 0060, publicada no DOU em 25 de janeiro de 2013

Ministério da Saúde

PAÍS RICO É PAÍS SEM POBREZA

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em quinta-feira, 31 de agosto de 2023 16:15:28 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.



O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em quinta-feira, 31 de agosto de 2023 16:15:28 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

DIÁRIO OFICIAL DA UNIÃO

Publicado em: 24/08/2022 | Edição: 161 | Seção: 1 | Página: 69

Órgão: Ministério da Saúde/Secretaria de Atenção Especializada à Saúde

PORTARIA Nº 476, DE 22 DE AGOSTO DE 2022

Defere a Renovação do CEBAS do Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus, com sede em Juiz de Fora (MG).

A Secretária de Atenção Especializada à Saúde, no uso de suas atribuições,

Considerando a Lei Complementar nº 187, de 16 de dezembro de 2021, que dispõe sobre a certificação das entidades beneficentes de assistência social e em seu § 2º do artigo 40, determina aos requerimentos de concessão ou de renovação de certificação, pendentes de decisão na data de publicação desta Lei Complementar, aplicar as regras e as condições vigentes à época de seu protocolo;

Considerando a Portaria GM/MS nº 2.500, de 28 de setembro de 2017, que dispõe sobre a elaboração, a proposição, a tramitação e a consolidação de atos normativos no âmbito do Ministério da Saúde;

Considerando a competência prevista no art. 142 da Portaria de Consolidação GM/MS nº 1, de 28 de setembro de 2017, que consolida as normas sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde, a organização e o funcionamento do Sistema Único de Saúde; e

Considerando o Parecer Técnico nº 208/2022 - CGCER/DCEBAS/SAES/MS, constante do Processo nº 25000.058568/2021-83, que concluiu pelo atendimento dos requisitos constantes nas 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), do Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus, CNPJ nº 21.583.042/0001-72, com sede em Juiz de Fora (MG).

Parágrafo único. A Renovação tem validade pelo período de 25 de janeiro de 2022 a 24 de janeiro de 2025.

Art. 2º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

MAÍRA BATISTA BOTELHO

Este conteúdo não substitui o publicado na versão certificada.

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em quinta-feira, 31 de agosto de 2023 16:15:28 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001.
Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

Proposta de Aplicação do Recurso na Unidade Hospitalar

O Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus, por força da PORTARIA Nº 476 publicada no Diário Oficial da União em 22 DE AGOSTO DE 2022, teve deferida pelo Ministério da Saúde/Secretaria de Atenção Especializada à Saúde a renovação do Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social na área da Saúde (CEBAS-SAÚDE), e, por conseguinte, é isento da contribuição patronal do INSS. Dessa forma, considerando que os recursos públicos obtidos através de contratos de gestão são de uso restrito para custeio e/ou investimento das atividades operacionais da unidade, o montante dos recursos provenientes da isenção da cota patronal do INSS usufruída durante o exercício será contabilizado em conta própria em balanço patrimonial, no fechamento contábil, em atendimento do Princípio de Transparência, demonstrando o valor economizado, sendo certo que a proposta financeira apresentada leva em consideração o valor economizado no custeio do Hospital de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado – HERSO.

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em quinta-feira, 31 de agosto de 2023 16:15:28 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

3. - QUALIDADE TÉCNICA

EXPERIÊNCIA ANTERIOR EM GESTÃO HOSPITALAR DA PROPONENTE:

CERTIFICADO DE ACREDITAÇÃO – ONA, JOINT COMISSION INTERNATIONAL, QMENTUM DA CANADÁ ACCREDITATION INTERNATIONAL OBTIDOS PELA UNIDADE HOSPITALAR DURANTE A GESTÃO DA OSC PROPONENTE.

ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA

O MUNICÍPIO DE JUIZ DE FORA (CNPJ 18.338.178/0001-02), através da Secretaria Municipal de Saúde, com endereço na Av. Brasil 2001, 2º andar, Centro, Juiz de Fora/MG, e-mail secretariadesaude@pjf.mg.gov.br, ATESTA, para os devidos fins, que o Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus localizado à Rua Dr. Dirceu de Andrade, 33, Bairro São Mateus, nesta cidade, CEP: 36.025-330, CNPJ 21.583.042/0001-72, CNES 2153084, foi fundado em 1926, na cidade de Juiz de Fora, Minas Gerais e desempenha seu papel social há mais de 90 anos, comprometido com fundamentos éticos e morais, contribuindo efetivamente para a diminuição do sofrimento humano, com qualidade, competência e excelência no atendimento prestado à população de Juiz de Fora e Região.

Tornou-se Hospital de Ensino através da Portaria 1120 de 12 de maio de 2011, servindo como referência para o ensino, pesquisa e extensão para os alunos do curso de saúde da Faculdade de Ciências Médicas de Juiz de Fora e da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora – UFJF, oferecendo residência médica em várias especialidades como anestesiologia, cirurgia geral, clínica médica, obstetrícia e ginecologia, medicina em família e comunidade, ortopedia e traumatologia, cardiologia, cirurgia plástica, neurologia, pediatria, radiologia e diagnóstico por imagem, cirurgia do aparelho digestivo, cirurgia torácica, endoscopia, endocrinologia e metabologia, gastroenterologia, mastologia, medicina intensiva e neonatologia.

Em 01/10/2005, com a posse da nova Diretoria, o Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus, empenhada em aumentar a oferta de serviços à comunidade, aumentou o número de leitos e tornou-se hospital geral, impactando positivamente o sistema de saúde local.

Com a ampliação e enquadramento como hospital geral de grande porte, passou para 290 leitos ativos, sendo 240 leitos de internação em enfermaria, 40 leitos de UTI Adulto, 08 leitos neonatal e 02 leitos de UTI Pediátrica, todos destinados ao SUS, através do Contrato de Prestação de Serviços 01.2011.162 firmado com esta municipalidade em 20/05/2011 e renovado posteriormente através dos contratos 01.2016.171, 01.2018.124, 01.2018.125, 01.2020.060, 01.2020.163 e 08.2022.032, **com plena e ininterrupta vigência até a presente data**, em caráter hospitalar, ambulatorial e apoio diagnóstico e terapêutico aos usuários do SUS, de

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em quinta-feira, 31 de agosto de 2023 16:39:36 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

caráter eletivo e urgência/emergência, garantindo atenção integral a saúde, o qual encontra-se vigente até a presente data.
Realiza atendimento de demanda espontânea de ginecologia, obstetrícia, AVC, sendo referência de internação e ambulatorial à população de Juiz de Fora e macrorregião sudeste.

O Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus é habilitado para o Serviço de Assistência de Alta Complexidade em Cirurgia Cardiovascular Pediátrica e Adulto, Cardiologia Intervencionista (hemodinâmica) através da Portaria SAS MS Nº 291 de 08/04/2014, em Cirurgia Bariátrica, Traumato-Ortopedia e Oftalmologia e é Centro de Referência em Acidente Vascular Cerebral (AVC).

Por ser verdade, atestamos que a referida instituição cumpre com o contrato até a presente data, prestando contas regularmente, não havendo nada que desabone sua conduta.

Juiz de Fora, 22 de junho de 2023.

IVAN CHARLES FONSECA CHEBLI
Secretário de Saúde

Ivan Chebli
SECRETÁRIO DE SAÚDE
PREFEITURA DE JUIZ DE FORA

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em quinta-feira, 31 de agosto de 2023 16:39:36 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisoria N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade devera ser confirmada no endereço eletronico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

certificado

Certificado Nº 611-006-214 | Validade: 03/2024

A Organização Nacional de Acreditação certifica o/a

HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS

CNPJ: 21.583.042/0001-72

foi avaliado(a) pela Instituição Acreditadora Credenciada **DNV GL Business Assurance Avaliações e Certificações Brasil Ltda - DNV GL**, de acordo com o manual Brasileiro de Acreditação - Versão 2018, Norma de Serviços Hospitalares, sendo-lhe conferido(a) Certificado de

ACREDITADO COM EXCELÊNCIA

São Paulo, 31 de Março de 2021

Organização Nacional De Acreditação

Instituição Acreditadora Credenciada

ONA
Organização Nacional de Acreditação

DNV·GL

Entidades Fundadoras e Associados

abramge CNSaúde FBH FenaSaúde CMB SBAC Unimed

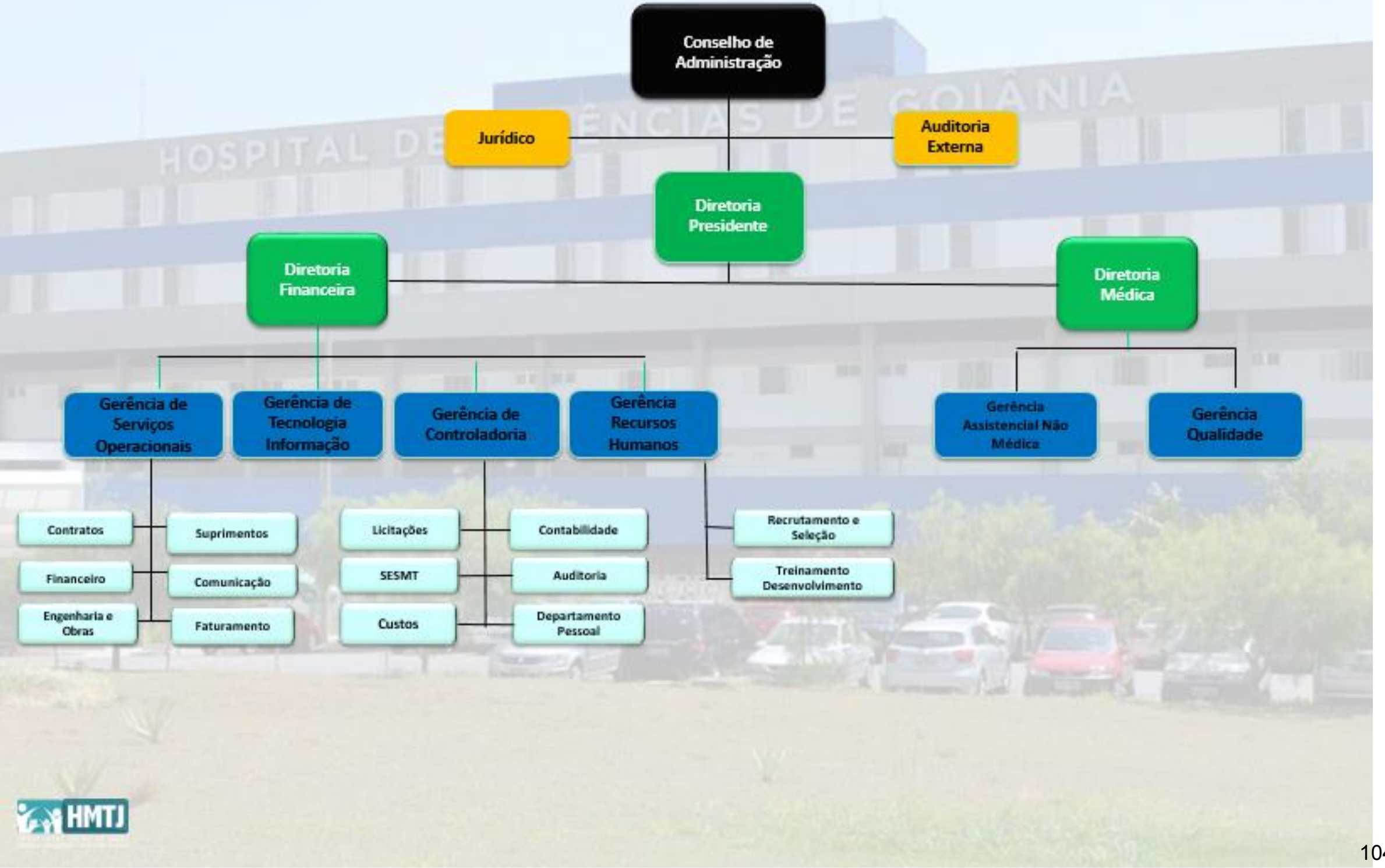
O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por AIDÊ MARIA GUARNIERI GALIL, em quinta-feira, 31 de agosto de 2023 16:39:36 GMT-03:00, CNS: 04.116-0 - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS/MG, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

10.2.3: – QUALIDADE TÉCNICA

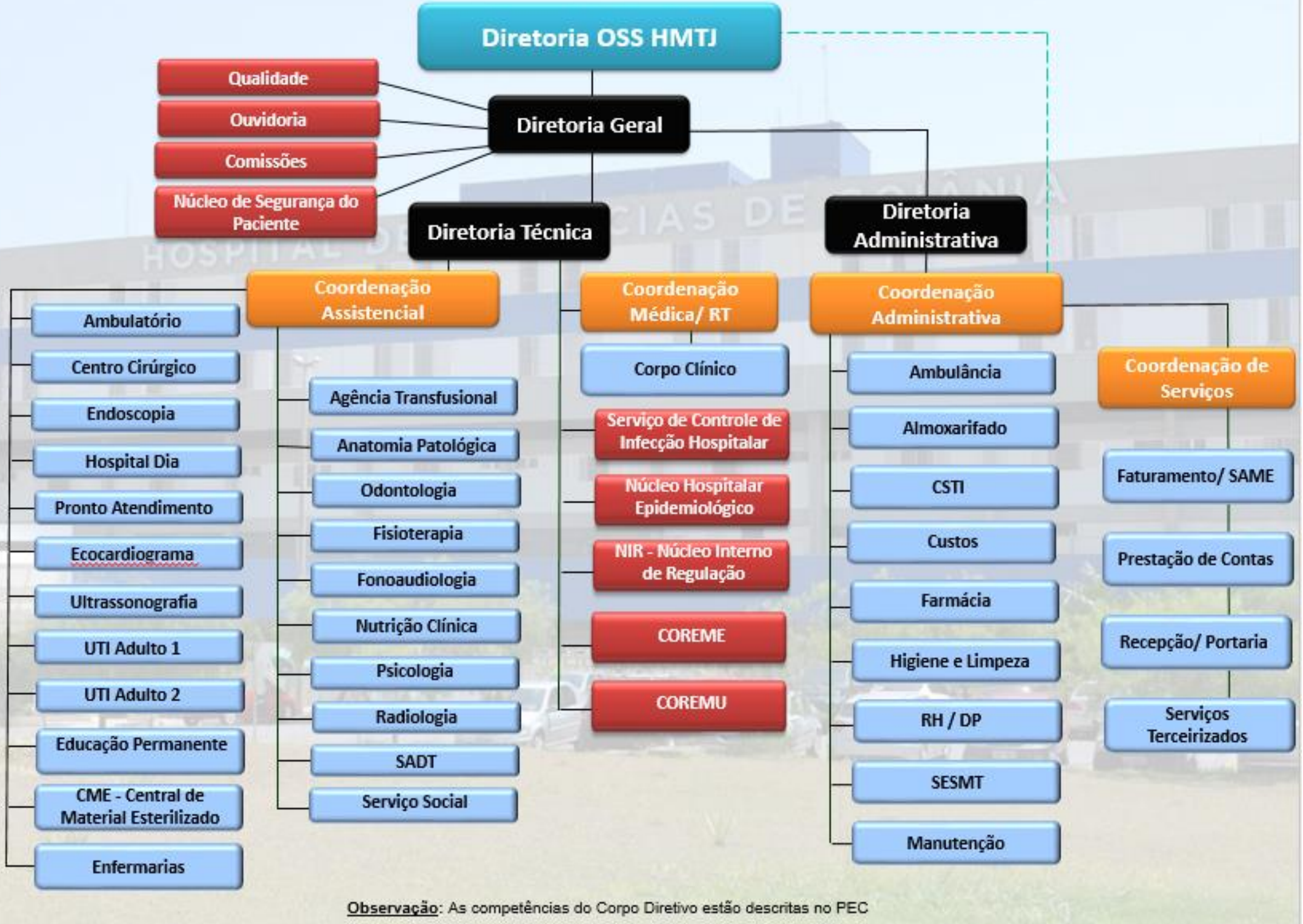
QUALIDADE TÉCNICA: EXPERIÊNCIA ANTERIOR EM GESTÃO HOSPITALAR DA PROPONENTE

APRESENTAÇÃO DO ORGANOGRAMA DA UNIDADE COM DEFINIÇÃO DAS COMPETÊNCIAS DE CADA MEMBRO DO CORPO DIRETIVO

ORGANOGRAMA CSC



ORGANOGRAMA HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS – DR. ALBANIR FALEIROS MACHADO - HERSO



Observação: As competências do Corpo Diretivo estão descritas no PEC

Cargo / Centro de Custo / Unidade

ASSISTENTE SOCIAL - RT / HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS

DESCRIÇÃO DO CARGO

CÓDIGO / CBO: 2516-05

Atividades e Responsabilidades Essenciais

PRINCIPAIS ATIVIDADES: 1) Dar assistência ao usuário no que se refere às seguintes demandas: conflitos familiares; não adesão ao tratamento; violência; pacientes desacompanhados ou sem familiares; -vítimas de acidentes; pacientes com dependência para o cuidado, quadros crônicos-degenerativos; dependência química; planejamento familiar; encaminhamentos a rede de suporte social; encaminhamento para a rede de saúde; direitos sociais;

2) Demonstrar pronto atendimento em situações de: óbito; crianças e adolescentes sem acompanhante; vítimas de violência doméstica ou abuso sexual; usuários com intenção de abandonar tratamento médico; usuários portadores de necessidades especiais; usuários internados sem documentos de identificação; usuários de alta hospitalar sem acompanhamento de familiares;

3) Desempenhar tarefas administrativas pertinentes às atribuições, como arquivar documentos, elaborar estatísticas e afins;

4) Monitorar as ações em desenvolvimento; acompanhar a execução de planos, programas e projetos; analisar as técnicas utilizadas; apurar custos; verificar resultados de planos, programas e projetos; verificar atendimento dos compromissos acordados com o usuário; criar critérios e indicadores para avaliação; aplicar instrumentos de avaliação; avaliar cumprimento dos objetivos de planos, programas, e projetos propostos;

5) Orientar usuários, famílias esclarecendo dúvidas; orientando sobre rotinas da instituição, sobre cuidados especiais, sobre serviços e recursos sociais, sobre normas, códigos e legislação, sobre processos, procedimentos e técnicas; orientar sobre a otimização do uso de recursos;

6) Prestar assistência aos usuários, numa linha de cunho humanizadora, incentivando-os a participarem do processo de recuperação da saúde na condição de cidadãos; democratizando as informações disponíveis no âmbito hospitalar de forma a garantir o acesso aos serviços oferecidos e resolutividade das situações sociais que interferem no processo saúde-doença através dos recursos institucionais;

7) Pesquisar a realidade social de pacientes, realizando estudos sócio-econômicos, pesquisando os interesses do público alvo, o perfil do usuário, as características da área de atuação; estudar a viabilidade de projetos propostos pela organização; coletar e organizar dados;

8) Planejar, executar e avaliar pesquisas, que possam contribuir para a análise da realidade social e para subsidiar ações profissionais junto à organização;

9) Promover ação investigativa e interventiva, considerando a autonomia do usuário como sujeito principal no processo decisório, nas seguintes atividades: acolhimento aos pacientes, familiares ou colaterais nas circunstâncias de urgência/emergência, ambulatorial, internação e alta;
10) Promover eventos técnicos e sociais, determinando a natureza e objetivos do evento, articulando recursos e equipamentos sociais disponíveis; promover parcerias e formar uma rede de atendimento;

11) Realizar pesquisa sobre os determinantes sociais do processo saúde x doença, caracterizando-a e interpretando os resultados obtidos como elemento de reflexão e de ação ante as questões do cotidiano dos usuários, contribuindo também, para a redefinição da prática profissional;

12) Tomar providências, e prestar orientação social aos usuários e executar procedimentos técnicos, como: registro de atendimentos, situações-problema; formular relatórios, pareceres técnicos, rotinas e procedimentos e formular instrumental para levantamento de dados.

RESPONSABILIDADES INSTITUCIONAIS:

RESPONSABILIDADES INSTITUCIONAIS:

1) Garantir que as metas, estratégias, políticas e objetivos do Planejamento Estratégico sejam

divulgados e entendidos por todos os colaboradores;

2) Cumprir e fazer cumprir na sua área, a legislação vigente, o Regulamento, as Normas, Valores e Projetos Institucionais;

3) Gerenciar os processos de sua área em sintonia com as outras áreas e lideranças para o alcance dos resultados Institucionais;

4) Avaliar e acompanhar o desempenho de seus colaboradores dentro do modelo de “Gestão por Competências”, monitorando os planos de ação sem deixar que os prazos expirem e registrando feedbacks constantes, conforme padrão adotado pela instituição;

5) Realizar outras atividades correlatas e/ou inerentes à sua função conforme descritas no respectivo Perfil Profissiográfico Previdenciário e/ou quando solicitadas pelo superior imediato.

ESPECIFICAÇÕES DO CARGO

Formação	MÍNIMO NECESSÁRIO * (Obrigatório): Superior Completo - Curso: Serviço Social DESEJÁVEL (Bom se tivesse, mas não é obrigatório): Pós-graduação - Curso: Gestão Hospitalar ou Áreas Afins	**Experiência**	Desejável de 06 meses a 1 ano no exercício do prórprio cargo.
Preferências	**Sexo**: Ambos **Idade acima de**: 22	**Informática**	Pacote Office; Sistema TOVS; CadSUS; Fluig.
Conhecimento Técnico Específico	- Domínio do Código de Ética do/a Assistente Social Lei Nº 8662/93; - Domínio da Resolução CFESS Nº 660; - Domínio da Resolução CFESS N.º 383/99 de 29/03/1999; - Noção da Constituição da República Federativa do Brasil; - Conhecimento da Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS); - Conhecimento da Lei Orgânica da Saúde 8.080; - Domínio do Estatuto Idoso Lei Nº 10.741; - Domínio Sistema Único de Assistência Social; - Noção da política nacional para integração da PCD Decreto 914; - Noção lei Orgânica da previdência social; - Noção Política Nacional da Saúde Mental; - Estatuto da Criança e Adolescente Lei Nº 8.069;	**Observações**	

- Noção dos parâmetros para atuação de assistência social na saúde.

Cargo / Centro de Custo / Unidade

ASSISTENTE SOCIAL - RT / HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS

COMPETÊNCIA ORGANIZACIONAL		INDICADORES	CATEGORIA
HUMANIZAÇÃO	*Capacidade de conhecer o cliente, agir com empatia, valorizando suas necessidades, fornecendo soluções e tratamento que atendam e superem as suas expectativas.*	• Demonstra controle emocional e paciência no relacionamento com os outros e na condução de situações mais difíceis de trabalho. **(AT, E)** • Resolve as dúvidas e situações de atendimento ou encaminha as pessoas aos setores devidos, com uma atitude de acolhimento e interesse, mesmo quando não é solicitado. **(AT, E)**	**ESSENCIAL**
COMPROMETIMENTO	*Capacidade de assumir a responsabilidade na busca pela resolução de problemas e condução de situações cotidianas, demonstrando interesse, dedicação e iniciativa na busca pelos melhores resultados, conforme a missão da instituição.*	• Dedica-se em seu trabalho com qualidade, cumprindo os prazos e as metas estabelecidas. **(AT, E)** • Atua na solução dos problemas, mesmo que tenham sido causados por outro profissional, demonstrando comprometimento com o seu trabalho na instituição. **(AT, E)**	**COMPLEMENTAR**
ÉTICA	*Capacidade de agir de forma honesta e respeitosa, na sua conduta pessoal e profissional, com sigilo das informações, discrição nos comentários e coerência nas ações, com base em critérios justos e transparentes.*	• Tem uma postura respeitosa e íntegra, assumindo seus erros de forma transparente e colocando-se à disposição para corrigi-los prontamente. **(AT, E)** • Mantém sigilo e discrição das informações da instituição, pacientes e colegas de trabalho, não divulgando imagens e informações em ambiente interno, externo ou rede sociais. **(AT, E)**	**COMPLEMENTAR**

COMPETÊNCIA LIDERANÇA		INDICADORES	CATEGORIA
RESILIÊNCIA	*Capacidade de entender e agir proativamente frente a situações novas, aceitando as mudanças e buscando formas diferentes de obter resultados para as pessoas e também para a organização.*	• Mostra capacidade de se adequar às mudanças e de ser flexível, sem atitudes resistentes diante das divergências de opiniões. **(AT, E)** • Gerencia sua equipe e seu setor frente as intercorrências e alterações de planejamento, atuando de maneira pró-ativa diante da situação, sem que isso tenha que lhe ser cobrado do seu superior. **(AT, E)**	**ESSENCIAL**
PLANEJAMENTO	*Capacidade de organizar ações de forma a facilitar a execução dos objetivos, estabelecendo metas, prazos e acompanhando sua equipe e seus resultados.*	• Utiliza adequadamente as ferramentas da qualidade para organização do seu planejamento de trabalho e o da sua equipe (agenda, cronogramas, PDCA, etc.). **(AT, E)** • Reavalia e/ou participa da Análise Critica Global semestralmente, por meio de reuniões registradas, compartilhando com a sua equipe e/ou superior as metas alcançadas e as ações de melhorias. **(AT, E)**	**ESSENCIAL**
COMPROMISSO COM A QUALIDADE	*Capacidade de agir com foco na segurança e na melhoria contínua dentro de seu setor e nas interfaces dos processos, visando a obtenção e manutenção de padrões e certificações de qualidade.*	• Cumpre e faz cumprir as normas e protocolos institucionais, apoiando integralmente a unidade em seus projetos de qualidade e diretrizes. **(AT, E)** • Executa os planos de ação (PDI) da sua avaliação de desempenho, bem como acompanha os planos de ação de seus colaboradores, atualizando-os no sistema antes do vencimento dos mesmos. **(AT, E)**	**COMPLEMENTAR**

Cargo / Centro de Custo / Unidade

ASSISTENTE SOCIAL - RT / HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS

COMUNICAÇÃO	*Capacidade de se expressar e ouvir o outro, transmitir ideias de forma clara, objetiva e imparcial, promovendo "Feedback" sempre que necessário e aceitando retorno sobre seu próprio desempenho.*	• Dá feedback individualizado para seus colaboradores, sobre as tarefas executadas e os comportamentos adotados, registrando por escrito tanto os elogios quanto as orientações. **(AT, E)** • Comunica as informações recebidas de seu superior de forma clara e objetiva aos seus subordinados e/ou pares, assumindo integralmente o compromisso pela orientação institucional. **(AT, E)**	**COMPLEMENTAR**

COMPETÊNCIA TÉCNICA		INDICADORES	CATEGORIA
TÉCNICA	*Capacidade de colocar em prática conhecimentos técnicos e profissionais expressos nas Especificações do Cargo descritas no seu PEC.*	• Domina e utiliza as ferramentas de informática para gestão da sua área e equipe ou para a gestão do próprio trabalho. **(AT, E)** • Tem a formação acadêmica (Escolaridade – Ex.: Ensino Médio, Ensino Superior, etc.) adequada para o exercício do cargo que ocupa (conforme previsto no seu PEC). **(AT, E)** • Tem conhecimentos técnicos específicos da sua função e da sua área (contidos no PEC) para desempenhar suas atividades de forma tecnicamente competente. **(AT, E)**	**ESSENCIAL**

Nome do ocupante _____ **Assinatura** _____

P.E.C. – PERFIL ESTRUTURADO POR COMPETÊNCIAS

Cargo / Centro de Custo / Unidade

BIOQUÍMICO RT / HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS

DESCRIÇÃO DO CARGO

CÓDIGO / CBO: 4101-05

Atividades e Responsabilidades Essenciais

PRINCIPAIS ATIVIDADES:

01 - Avaliar as solicitações e indicações de procedimentos hemoterápicos.

02 - Atender toda e qualquer solicitação de transfusão de sangue e hemocomponentes.

03 - Acompanhar para que as normas hemoterápicas definidas na PORTARIA Nº 158 de 04 de Fevereiro de 2016 sejam seguidas.

04 - Elaborar relatórios mensais e semestrais das atividades hemoterápicas, com identificação do tipo de hemocomponente e a quantidade transfundida por paciente e clínica.

05 - Realizar a estimativa de consumo para embasamento de processo licitatório para compra de insumos específicos de uso na Agência Transfusional.

06 - Garantir o estoque adequado de armazenamento de sangue e hemocomponentes necessários à hemoterapia, seguindo normas da Portaria nº 158.

07 - Proceder ao protocolo de reações transfusionais, garantindo os meios para elucidação de suas possíveis causas.

08 - Realizar a busca ativa dos pacientes transfundidos, para detecção de possíveis reações transfusionais.

09 - Realizar Atividades Hemoterápicas, mantendo sob controle todo uso de Sangue e Hemocomponentes do Hospital.

10 - Realizar identificação imunohematológica de rotina dos pacientes.

11 - Realizar testes pré-transfusionais de todas as solicitações de hemocomponentes.

12 - Realizar a manutenção dos registros de todas as etapas das atividades, que permita avaliação da qualidade do processo.

13 - Rever incidentes das reações adversas graves ou erros associados à transfusão, identificando quaisquer correções necessárias e notificá-las ao Responsável.

RESPONSABILIDADES INSTITUCIONAIS:

01 - Garantir que as metas, estratégias, políticas e objetivos do Planejamento Estratégico sejam divulgados e entendidos por todos os colaboradores;

02 - Cumprir e fazer cumprir na sua área, a legislação vigente, o Regulamento, as Normas, Valores e Projetos Institucionais;

03 - Gerenciar os processos de sua área em sintonia com as outras áreas e lideranças para o alcance dos resultados Institucionais.

04 - Avaliar e acompanhar o desempenho de seus colaboradores dentro do modelo de “Gestão por Competências”, monitorando os planos de ação sem deixar que os prazos expirem e registrando feedbacks constantes, conforme padrão adotado pela instituição.

05 - Realizar outras atividades correlatas e/ou inerentes à sua função conforme descritas no respectivo Perfil Profissiográfico Previdenciário e/ou quando solicitadas pelo superior imediato.

ESPECIFICAÇÕES DO CARGO

P.E.C. – PERFIL ESTRUTURADO POR COMPETÊNCIAS

Cargo / Centro de Custo / Unidade

BIOQUÍMICO RT / HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS

Formação	MÍNIMO NECESSÁRIO * (Obrigatório): Pós-graduação - Curso: Biomedicina	**Experiência**	2 anos
Preferências	**Sexo**: Ambos **Idade acima de**: 27	**Informática**	- Conhecimentos informática; - Pacote office intermediário (Word, Excel, Power Point); - TOTVS; - SigQuali; - Fluig; - GCPEC.
Conhecimento Técnico Específico	- Conhecimentos sobre legislação especificas : PORTARIA Nº 158 de 04 de Fevereiro de 2016; RDC 34 de 11 de junho de 2014; portaria de consolidação número 5/2017 GS//MS versão 2017; Marco conceitual e operacional de hemovigilância 2015. - Conhecimento de imunohematológicos. - Conhecimento de técnicas dos processo de pré-transfusão. - Conhecimento de processos referente a qualidade. - Conhecimento das normas de segurança do paciente. - Conhecimento de gestão de pessoas.	**Observações**	

Cargo / Centro de Custo / Unidade

BIOQUÍMICO RT / HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS

COMPETÊNCIA ORGANIZACIONAL		INDICADORES	CATEGORIA
HUMANIZAÇÃO	*Capacidade de conhecer o cliente, agir com empatia, valorizando suas necessidades, fornecendo soluções e tratamento que atendam e superem as suas expectativas.*	• Demonstra controle emocional e paciência no relacionamento com os outros e na condução de situações mais difíceis de trabalho. **(AT, E)** • Resolve as dúvidas e situações de atendimento ou encaminha as pessoas aos setores devidos, com uma atitude de acolhimento e interesse, mesmo quando não é solicitado. **(AT, E)**	**ESSENCIAL**
COMPROMETIMENTO	*Capacidade de assumir a responsabilidade na busca pela resolução de problemas e condução de situações cotidianas, demonstrando interesse, dedicação e iniciativa na busca pelos melhores resultados, conforme a missão da instituição.*	• Dedica-se em seu trabalho com qualidade, cumprindo os prazos e as metas estabelecidas. **(AT, E)** • Atua na solução dos problemas, mesmo que tenham sido causados por outro profissional, demonstrando comprometimento com o seu trabalho na instituição. **(AT, E)**	**COMPLEMENTAR**
ÉTICA	*Capacidade de agir de forma honesta e respeitosa, na sua conduta pessoal e profissional, com sigilo das informações, discrição nos comentários e coerência nas ações, com base em critérios justos e transparentes.*	• Tem uma postura respeitosa e íntegra, assumindo seus erros de forma transparente e colocando-se à disposição para corrigi-los prontamente. **(AT, E)** • Mantém sigilo e discrição das informações da instituição, pacientes e colegas de trabalho, não divulgando imagens e informações em ambiente interno, externo ou rede sociais. **(AT, E)**	**COMPLEMENTAR**

COMPETÊNCIA LIDERANÇA		INDICADORES	CATEGORIA
COMUNICAÇÃO	*Capacidade de se expressar e ouvir o outro, transmitir ideias de forma clara, objetiva e imparcial, promovendo "Feedback" sempre que necessário e aceitando retorno sobre seu próprio desempenho.*	• Dá feedback individualizado para seus colaboradores, sobre as tarefas executadas e os comportamentos adotados, registrando por escrito tanto os elogios quanto as orientações. **(AT, E)** • Comunica as informações recebidas de seu superior de forma clara e objetiva aos seus subordinados e/ou pares, assumindo integralmente o compromisso pela orientação institucional. **(AT, E)**	**COMPLEMENTAR**
COMPROMISSO COM A QUALIDADE	*Capacidade de agir com foco na segurança e na melhoria contínua dentro de seu setor e nas interfaces dos processos, visando a obtenção e manutenção de padrões e certificações de qualidade.*	• Cumpre e faz cumprir as normas e protocolos institucionais, apoiando integralmente a unidade em seus projetos de qualidade e diretrizes. **(AT, E)** • Realiza treinamentos com a sua equipe com foco na melhoria dos processos, redução de custos e/ou para a obtenção de metas e resultados. **(AT, E)** • Executa os planos de ação (PDI) da sua avaliação de desempenho, bem como acompanha os planos de ação de seus colaboradores, atualizando-os no sistema antes do vencimento dos mesmos. **(AT, E)**	**ESSENCIAL**
PLANEJAMENTO	*Capacidade de organizar ações de forma a facilitar a execução dos objetivos, estabelecendo metas, prazos e acompanhando sua equipe e seus resultados.*	• Utiliza adequadamente as ferramentas da qualidade para organização do seu planejamento de trabalho e o da sua equipe (agenda, cronogramas, PDCA, etc.). **(AT, E)** • Reavalia e/ou participa da Análise Critica Global semestralmente, por meio de reuniões registradas, compartilhando com a sua equipe e/ou superior as metas alcançadas e as ações de melhorias. **(AT, E)**	**ESSENCIAL**

RESILIÊNCIA	*Capacidade de entender e agir proativamente frente a situações novas, aceitando as mudanças e buscando formas diferentes de obter resultados para as pessoas e também para a organização.*	• Mostra capacidade de se adequar às mudanças e de ser flexível, sem atitudes resistentes diante das divergências de opiniões. **(AT, E)** • Gerencia sua equipe e seu setor frente as intercorrências e alterações de planejamento, atuando de maneira pró-ativa diante da situação, sem que isso tenha que lhe ser cobrado do seu superior. **(AT, E)**	**COMPLEMENTAR**

COMPETÊNCIA TÉCNICA		INDICADORES	CATEGORIA
TÉCNICA	*Capacidade de colocar em prática conhecimentos técnicos e profissionais expressos nas Especificações do Cargo descritas no seu PEC.*	• Domina e utiliza as ferramentas de informática para gestão da sua área e equipe ou para a gestão do próprio trabalho. **(AT, E)** • Tem a formação acadêmica (Escolaridade – Ex.: Ensino Médio, Ensino Superior, etc.) adequada para o exercício do cargo que ocupa (conforme previsto no seu PEC). **(AT, E)** • Tem conhecimentos técnicos específicos da sua função e da sua área (contidos no PEC) para desempenhar suas atividades de forma tecnicamente competente. **(AT, E)**	**ESSENCIAL**

Nome do ocupante _____ **Assinatura** _____

COORDENADOR ADMINISTRATIVO / HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS

DESCRIÇÃO DO CARGO

CÓDIGO / CBO: 4101-05

Atividades e Responsabilidades Essenciais

PRINCIPAIS ATIVIDADES: 1) Coordenar e supervisionar rotinas administrativas; Delegar funções; Criar, implantar e programar rotinas administrativas; Orientar a execução das normas e rotinas administrativas; Analisar o funcionamento das rotinas administrativas; Supervisionar cronogramas; Propor medidas de simplificação e melhorias das rotinas administrativas;

2) Coordenar serviços gerais; serviço de malote; instalações; Coordenar serviço de limpeza;

3) Organizar documentos e correspondências; Receber, analisar, classificar, registrar e conferir documentos e correspondência; Encaminhar documentos e correspondências; Organizar registros;

4) Controlar abastecimento de estoque;

5) Coordenar equipe; Requisitar pessoal; Definir e gerenciar escala de trabalho; Avaliar desempenho da equipe; Remanejar pessoal; Apurar frequência ao trabalho; Gerenciar benefícios;

6) Manter rotinas referente ao pequeno caixa; Controlar verbas; Monitorar metas; Controlar contas a pagar; Controlar fluxo de caixa; Prestar contas;

7) Triar informações; Divulgar informações; Esclarecer dúvidas; Intermediar equipes; Elaborar comunicados; Elaborar documentos e relatórios; Elaborar correspondência; Preencher formulários;

8) Desenvolver treinamentos do programa de educação continuada para manter atualizada a equipe de profissionais do setor;

9) Acompanhar e analisar os indicadores da área e criação de plano de ação de forma a garantir o alcance das metas;

10) Realizar reunião periódica com a equipe para monitoramento das atividades em curso e projetadas, assim como avaliar em conjunto os indicadores;

11) Responsabilizar-se por atender e disseminar todas as determinações que constam nos PRS do RH;

12) Cumprir os requisitos internos, da organização, administrativos e do Sistema de Gestão da Qualidade.

RESPONSABILIDADES INSTITUCIONAIS: 1) Garantir que as metas, estratégias, políticas e objetivos do Planejamento Estratégico sejam divulgados e entendidos por todos os colaboradores;

2) Cumprir e fazer cumprir na sua área, a legislação vigente, o Regulamento, as Normas, Valores e Projetos Institucionais;

3) Gerenciar os processos de sua área em sintonia com as outras áreas e lideranças para o alcance dos resultados Institucionais;

4) Avaliar e acompanhar o desempenho de seus colaboradores dentro do modelo de “Gestão por Competências”, monitorando os planos de ação sem deixar que os prazos expirem e registrando feedbacks constantes, conforme padrão adotado pela instituição;

5) Realizar outras atividades correlatas e/ou inerentes à sua função conforme descritas no respectivo Perfil Profissiográfico Previdenciário e/ou quando solicitadas pelo superior imediato.

ESPECIFICAÇÕES DO CARGO

Formação	MÍNIMO NECESSÁRIO * (Obrigatório): Superior Completo - Curso: Administração de Empresas, Ciências Contábeis, Direito e áreas afins DESEJÁVEL (Bom se tivesse, mas não é obrigatório): Pós-graduação - Curso: Gestão em saúde, Gestão Hospitalar,	**Experiência**	Desejável experiência de 06 meses a 1 ano na função

Cargo / Centro de Custo / Unidade

COORDENADOR ADMINISTRATIVO / HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS

Financeira ou Áreas Afins

Preferências	**Sexo**: Ambos **Idade acima de**: 24	**Informática**	Pacote Office intermediário, Sistemas TOTVS, Sigquali, Fluig e GCPEC
Conhecimento Técnico Específico	- Conhecimento de código de ética e condutas administrativas; - Conhecimento de Complice; - Conhecimento de processos e ferramentas de Qualidade; - Conhecimento de processos e ferramentas de Gestão de Pessoas; - Conhecimento de atendimento de urgência e emergência adulto e pediátrico; - Conhecimento de Hotelaria Hospitalar; - Conhecimento de gerenciamento financeiro; - Noção da NR 32; - Noção sobre o Programa de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS) - RDC Nº 222, DE 28 DE MARÇO DE 2018 que Regulamenta as Boas Práticas de Gerenciamento dos Resíduos de Serviços de Saúde; - Noção do Manual de Acreditação ONA; - Conhecimento de Faturamento Hospitalar.	**Observações**	Ter participado do Programa de Trainee da OSSHMTJ.

Cargo / Centro de Custo / Unidade

COORDENADOR ADMINISTRATIVO / HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS

COMPETÊNCIA ORGANIZACIONAL		INDICADORES	CATEGORIA
HUMANIZAÇÃO	*Capacidade de conhecer o cliente, agir com empatia, valorizando suas necessidades, fornecendo soluções e tratamento que atendam e superem as suas expectativas.*	• Demonstra controle emocional e paciência no relacionamento com os outros e na condução de situações mais difíceis de trabalho. **(AT, E)** • Resolve as dúvidas e situações de atendimento ou encaminha as pessoas aos setores devidos, com uma atitude de acolhimento e interesse, mesmo quando não é solicitado. **(AT, E)**	**COMPLEMENTAR**
COMPROMETIMENTO	*Capacidade de assumir a responsabilidade na busca pela resolução de problemas e condução de situações cotidianas, demonstrando interesse, dedicação e iniciativa na busca pelos melhores resultados, conforme a missão da instituição.*	• Dedica-se em seu trabalho com qualidade, cumprindo os prazos e as metas estabelecidas. **(AT, E)** • Atua na solução dos problemas, mesmo que tenham sido causados por outro profissional, demonstrando comprometimento com o seu trabalho na instituição. **(AT, E)**	**ESSENCIAL**
ÉTICA	*Capacidade de agir de forma honesta e respeitosa, na sua conduta pessoal e profissional, com sigilo das informações, discrição nos comentários e coerência nas ações, com base em critérios justos e transparentes.*	• Tem uma postura respeitosa e íntegra, assumindo seus erros de forma transparente e colocando-se à disposição para corrigi-los prontamente. **(AT, E)** • Mantém sigilo e discrição das informações da instituição, pacientes e colegas de trabalho, não divulgando imagens e informações em ambiente interno, externo ou rede sociais. **(AT, E)**	**COMPLEMENTAR**

COMPETÊNCIA LIDERANÇA		INDICADORES	CATEGORIA
COMUNICAÇÃO	*Capacidade de se expressar e ouvir o outro, transmitir ideias de forma clara, objetiva e imparcial, promovendo "Feedback" sempre que necessário e aceitando retorno sobre seu próprio desempenho.*	• Dá feedback individualizado para seus colaboradores, sobre as tarefas executadas e os comportamentos adotados, registrando por escrito tanto os elogios quanto as orientações. **(AT, E)** • Comunica as informações recebidas de seu superior de forma clara e objetiva aos seus subordinados e/ou pares, assumindo integralmente o compromisso pela orientação institucional. **(AT, E)**	**ESSENCIAL**
COMPROMISSO COM A QUALIDADE	*Capacidade de agir com foco na segurança e na melhoria contínua dentro de seu setor e nas interfaces dos processos, visando a obtenção e manutenção de padrões e certificações de qualidade.*	• Cumpre e faz cumprir as normas e protocolos institucionais, apoiando integralmente a unidade em seus projetos de qualidade e diretrizes. **(AT, E)** • Realiza treinamentos com a sua equipe com foco na melhoria dos processos, redução de custos e/ou para a obtenção de metas e resultados. **(AT, E)** • Executa os planos de ação (PDI) da sua avaliação de desempenho, bem como acompanha os planos de ação de seus colaboradores, atualizando-os no sistema antes do vencimento dos mesmos. **(AT, E)**	**ESSENCIAL**
PLANEJAMENTO	*Capacidade de organizar ações de forma a facilitar a execução dos objetivos, estabelecendo metas, prazos e acompanhando sua equipe e seus resultados.*	• Utiliza adequadamente as ferramentas da qualidade para organização do seu planejamento de trabalho e o da sua equipe (agenda, cronogramas, PDCA, etc.). **(AT, E)** • Reavalia e/ou participa da Análise Critica Global semestralmente, por meio de reuniões registradas, compartilhando com a sua equipe e/ou superior as metas alcançadas e as ações de melhorias. **(AT, E)**	**COMPLEMENTAR**

Cargo / Centro de Custo / Unidade

COORDENADOR ADMINISTRATIVO / HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS

RESILIÊNCIA	*Capacidade de entender e agir proativamente frente a situações novas, aceitando as mudanças e buscando formas diferentes de obter resultados para as pessoas e também para a organização.*	• Mostra capacidade de se adequar às mudanças e de ser flexível, sem atitudes resistentes diante das divergências de opiniões. **(AT, E)** • Gerencia sua equipe e seu setor frente as intercorrências e alterações de planejamento, atuando de maneira pró-ativa diante da situação, sem que isso tenha que lhe ser cobrado do seu superior. **(AT, E)**	**COMPLEMENTAR**

COMPETÊNCIA TÉCNICA		INDICADORES	CATEGORIA
TÉCNICA	*Capacidade de colocar em prática conhecimentos técnicos e profissionais expressos nas Especificações do Cargo descritas no seu PEC.*	• Domina e utiliza as ferramentas de informática para gestão da sua área e equipe ou para a gestão do próprio trabalho. **(AT, E)** • Tem a formação acadêmica (Escolaridade – Ex.: Ensino Médio, Ensino Superior, etc.) adequada para o exercício do cargo que ocupa (conforme previsto no seu PEC). **(AT, E)** • Tem conhecimentos técnicos específicos da sua função e da sua área (contidos no PEC) para desempenhar suas atividades de forma tecnicamente competente. **(AT, E)**	**ESSENCIAL**

Nome do ocupante _____ **Assinatura** _____

COORDENADOR DE SERVIÇOS / HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS

DESCRIÇÃO DO CARGO

CÓDIGO / CBO: 4101-05

Atividades e Responsabilidades Essenciais

PRINCIPAIS ATIVIDADES:

01) Acompanhar processos administrativos; verificar prazos estabelecidos; localizar processos; acompanhar planos de ação e notificações de não conformidade; encaminhar protocolos internos; atualizar cadastro; atualizar agendas de atendimento;

02) Atender clientes, médicos, serviços terceirizados e auditores; consultar coordenação e Diretores de outras unidades da Instituição sobre assuntos relativos à administração, trocando informações, para complementar seus conhecimentos, observações e balizar conclusões;

03) Avaliar os resultados dos programas, consultando o pessoal encarregado dos diversos setores administrativos, para detectar falhas e determinar ou propor as modificações necessárias.
04) Controlar, conferir e fazer a notificação de prontuários já cobrados, para arquivo; enumerar, ordenar e estocar em arquivo hospitalar, os arquivos, bem como, o arquivamento retardado de exames e outros documentos que chegam ao setor após alta hospitalar;

05) Gerir a quantidade de produtos e materiais solicitados pelos setores (Recepção e SAME);

06) Atender a auditorias; enviar documentação quando autorizado para o corpo jurídico do Hospital;

07) Controlar e apurar frequência dos funcionários; controlar recepção e utilização de uniforme e crachás; definir e gerenciar escala de trabalho; remanejar pessoal; controlar a concessão de férias;

08) Identificar e separar prontuários para realização de cópias de exames para pacientes e ou médicos, quando autorizados pela Coordenação ou Diretoria; localizar prontuários para confecção de novo DNV com devidas correções para a enfermagem; identificar prontuários para avaliação da Diretoria e ou processos jurídicos;

09) Participar da elaboração da política administrativa do Hospital, colaborando com informações, sugestões e experiências, a fim de contribuir para a definição de objetivos gerais e específicos e para a articulação da área administrativa com as demais áreas da OSS HMTJ;

10) Preencher documentos; digitar textos e planilhas;

11) Prestar apoio logístico; controlar material de escritório; levantar a necessidade de material; requisitar materiais; solicitar compra de material; conferir material solicitado; providenciar e distribuir material de escritório;

12) Receber prontuários de pacientes com alta e os relacionar em planilha;

13) Tratar documentos; registrar a entrada e saída de documentos; triar documentos; distribuir documentos; conferir dados e datas; verificar documentos conforme normas; identificar irregularidades nos documentos; submeter pareceres para apreciação da chefia; classificar documentos, segundo critérios pré-estabelecidos; arquivar documentos conforme procedimentos;

14) Zelar pela observância das disposições regulamentares internas e das emanadas de legislação especial, acompanhando o processamento das atividades administrativas e verificando as condições de higiene e segurança do trabalho e outros fatores, para assegurar a normalidade dos serviços planejados e organizados.

RESPONSABILIDADES INSTITUCIONAIS:

1) Garantir que as metas, estratégias, políticas e objetivos do Planejamento Estratégico sejam divulgados e entendidos por todos os colaboradores;

2) Cumprir e fazer cumprir na sua área, a legislação vigente, o Regulamento, as Normas, Valores e Projetos Institucionais;

Cargo / Centro de Custo / Unidade

COORDENADOR DE SERVIÇOS / HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS

3) Gerenciar os processos de sua área em sintonia com as outras áreas e lideranças para o alcance dos resultados Institucionais;

4) Avaliar e acompanhar o desempenho de seus colaboradores dentro do modelo de “Gestão por Competências”, monitorando os planos de ação sem deixar que os prazos expirem e registrando feedbacks constantes, conforme padrão adotado pela instituição;

5) Realizar outras atividades correlatas e/ou inerentes à sua função conforme descritas no respectivo Perfil Profissiográfico Previdenciário e/ou quando solicitadas pelo superior imediato.

ESPECIFICAÇÕES DO CARGO

Formação	MÍNIMO NECESSÁRIO * (Obrigatório): Superior Completo - Curso: Administração de Empresas, Ciências Contábeis, Direito e áreas afins DESEJÁVEL (Bom se tivesse, mas não é obrigatório): Pós-graduação - Curso: Gestão em saúde, Gestão Hospitalar, Financeira ou Áreas Afins	**Experiência**	Desejável experiência de 06 meses a 01 ano na função
Preferências	**Sexo**: Ambos **Idade acima de**: 24	**Informática**	- Pacote Office intermediário; - Sistemas TOTVS; - SIGQUALI; - FLUIG; - GCPEC
Conhecimento Técnico Específico	- Conhecimento de código de ética e condutas administrativas; - Conhecimento de Complice; - Conhecimento de processos e ferramentas de Qualidade; - Conhecimento de processos e ferramentas de Gestão de Pessoas; - Conhecimento de atendimento de urgência e emergência adulto e pediátrico; - Conhecimento de Hotelaria Hospitalar; - Conhecimento de gerenciamento financeiro;	**Observações**	

Cargo / Centro de Custo / Unidade

COORDENADOR DE SERVIÇOS / HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS

- Noção da NR 32;

- Noção sobre o Programa de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS) - RDC Nº 222, DE 28 DE MARÇO DE 2018 que Regulamenta as Boas Práticas de Gerenciamento dos Resíduos de Serviços de Saúde;

- Noção do Manual de Acreditação ONA;

- Conhecimento de Faturamento Hospitalar.

Cargo / Centro de Custo / Unidade

COORDENADOR DE SERVIÇOS / HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS

COMPETÊNCIA ORGANIZACIONAL		INDICADORES	CATEGORIA
COMPROMETIMENTO	*Capacidade de assumir a responsabilidade na busca pela resolução de problemas e condução de situações cotidianas, demonstrando interesse, dedicação e iniciativa na busca pelos melhores resultados, conforme a missão da instituição.*	• Dedica-se em seu trabalho com qualidade, cumprindo os prazos e as metas estabelecidas. **(AT, E)** • Atua na solução dos problemas, mesmo que tenham sido causados por outro profissional, demonstrando comprometimento com o seu trabalho na instituição. **(AT, E)**	**ESSENCIAL**
ÉTICA	*Capacidade de agir de forma honesta e respeitosa, na sua conduta pessoal e profissional, com sigilo das informações, discrição nos comentários e coerência nas ações, com base em critérios justos e transparentes.*	• Tem uma postura respeitosa e íntegra, assumindo seus erros de forma transparente e colocando-se à disposição para corrigi-los prontamente. **(AT, E)** • Mantém sigilo e discrição das informações da instituição, pacientes e colegas de trabalho, não divulgando imagens e informações em ambiente interno, externo ou rede sociais. **(AT, E)**	**COMPLEMENTAR**
HUMANIZAÇÃO	*Capacidade de conhecer o cliente, agir com empatia, valorizando suas necessidades, fornecendo soluções e tratamento que atendam e superem as suas expectativas.*	• Demonstra controle emocional e paciência no relacionamento com os outros e na condução de situações mais difíceis de trabalho. **(AT, E)** • Resolve as dúvidas e situações de atendimento ou encaminha as pessoas aos setores devidos, com uma atitude de acolhimento e interesse, mesmo quando não é solicitado. **(AT, E)**	**COMPLEMENTAR**

COMPETÊNCIA LIDERANÇA		INDICADORES	CATEGORIA
COMPROMISSO COM A QUALIDADE	*Capacidade de agir com foco na segurança e na melhoria contínua dentro de seu setor e nas interfaces dos processos, visando a obtenção e manutenção de padrões e certificações de qualidade.*	• Cumpre e faz cumprir as normas e protocolos institucionais, apoiando integralmente a unidade em seus projetos de qualidade e diretrizes. **(AT, E)** • Realiza treinamentos com a sua equipe com foco na melhoria dos processos, redução de custos e/ou para a obtenção de metas e resultados. **(AT, E)** • Executa os planos de ação (PDI) da sua avaliação de desempenho, bem como acompanha os planos de ação de seus colaboradores, atualizando-os no sistema antes do vencimento dos mesmos. **(AT, E)**	**ESSENCIAL**
COMUNICAÇÃO	*Capacidade de se expressar e ouvir o outro, transmitir ideias de forma clara, objetiva e imparcial, promovendo "Feedback" sempre que necessário e aceitando retorno sobre seu próprio desempenho.*	• Dá feedback individualizado para seus colaboradores, sobre as tarefas executadas e os comportamentos adotados, registrando por escrito tanto os elogios quanto as orientações. **(AT, E)** • Comunica as informações recebidas de seu superior de forma clara e objetiva aos seus subordinados e/ou pares, assumindo integralmente o compromisso pela orientação institucional. **(AT, E)**	**ESSENCIAL**
PLANEJAMENTO	*Capacidade de organizar ações de forma a facilitar a execução dos objetivos, estabelecendo metas, prazos e acompanhando sua equipe e seus resultados.*	• Utiliza adequadamente as ferramentas da qualidade para organização do seu planejamento de trabalho e o da sua equipe (agenda, cronogramas, PDCA, etc.). **(AT, E)** • Reavalia e/ou participa da Análise Critica Global semestralmente, por meio de reuniões registradas, compartilhando com a sua equipe e/ou superior as metas alcançadas e as ações de melhorias. **(AT, E)**	**COMPLEMENTAR**

Cargo / Centro de Custo / Unidade

COORDENADOR DE SERVIÇOS / HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS

RESILIÊNCIA	*Capacidade de entender e agir proativamente frente a situações novas, aceitando as mudanças e buscando formas diferentes de obter resultados para as pessoas e também para a organização.*	• Mostra capacidade de se adequar às mudanças e de ser flexível, sem atitudes resistentes diante das divergências de opiniões. **(AT, E)** • Gerencia sua equipe e seu setor frente as intercorrências e alterações de planejamento, atuando de maneira pró-ativa diante da situação, sem que isso tenha que lhe ser cobrado do seu superior. **(AT, E)**	**COMPLEMENTAR**

COMPETÊNCIA TÉCNICA		INDICADORES	CATEGORIA
TÉCNICA	*Capacidade de colocar em prática conhecimentos técnicos e profissionais expressos nas Especificações do Cargo descritas no seu PEC.*	• Domina e utiliza as ferramentas de informática para gestão da sua área e equipe ou para a gestão do próprio trabalho. **(AT, E)** • Tem a formação acadêmica (Escolaridade – Ex.: Ensino Médio, Ensino Superior, etc.) adequada para o exercício do cargo que ocupa (conforme previsto no seu PEC). **(AT, E)** • Tem conhecimentos técnicos específicos da sua função e da sua área (contidos no PEC) para desempenhar suas atividades de forma tecnicamente competente. **(AT, E)**	**ESSENCIAL**

Nome do ocupante _____ **Assinatura** _____

Cargo / Centro de Custo / Unidade

COORDENAÇÃO DOS SERVIÇOS DE ENFERMAGEM / HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS

DESCRIÇÃO DO CARGO

Atividades e Responsabilidades Essenciais

PRINCIPAIS ATIVIDADES: 1) Desenvolver um plano de educação continuada/ permanente para as unidades supervisadas; atuar no setor de Educação Continuada promovendo treinamentos e ações voltadas para o desenvolvimento dos colaboradores, de acordo com as demandas levantadas pela gestão sejam técnicas e/ ou comportamentais, de maneira a cumprir com as solicitações contratuais e/ ou de necessidades para o funcionamento da unidade;

2) Realizar a aplicação de treinamentos de integração e palestras técnicas em implantação de unidades; realizar, junto com o superior imediato, uma sistemática para as aplicações dos treinamentos; buscar práticas para conscientizar os colaboradores quanto à importância de participar dos treinamentos e de que suas atividades contribuem para atingir os objetivos como um todo; Auxiliar na elaboração dos relatórios de treinamentos realizados, bem como no controle desses para acompanhamento efetivo juntamente com o RH; organizar e manter o controle e arquivo geral das atividades realizadas; participar da realização de eventos técnicos e sociais, quando necessário; colaborará no desenvolvimento de módulos e treinamentos técnicos e comportamentais;

3) Conduzir treinamentos e palestras, sendo responsável pela multiplicação de conhecimentos, controle e manutenção de indicadores e demais rotinas pertinentes aos setores assistenciais ou de setores de impacto na assistência, quando acionado; auxiliar o superior imediato no processo de treinamento, em todas as fases (Levantamento das Necessidades de Treinamento, cronograma, realização, evidência, eficácia e produtividade);

4) Padronizar e desenvolver o programa da CCIH nas unidades gerenciadas pela HMTJ; elaborar e acompanhar indicadores específicos da área. Solicitar mensalmente relatórios das ações e protocolos da CCIH; zelar pelo cumprimento e padronização das rotinas da CCIH nas unidades;

5) Confeccionar relatórios referentes às áreas responsáveis; realizar o diagnóstico situacional do local para tomar medidas referentes à identificação, controle e redução da infecção adquiridas no ambiente e/ou associadas a um procedimento invasivo;

6) Identificar, controlar e reduzir as infecções adquiridas no ambiente e/ou associadas a um procedimento invasivo; programar e elaborar programas educativos relacionados ao controle de infecção para equipe multiprofissional da área hospitalar; participar de reuniões sistemáticas para a discussão de problemas extraordinários, implementação de medidas preventivas, divulgação de indicadores de qualidade; implementar protocolos operacionais padrão (POP) e sistêmicos (PRS) para a execução de técnicas de enfermagem de nível central nas unidades afim de padronizar os processos da Sede OSSHMTJ;

7) Realizar investigação epidemiológica de casos e surtos, sempre que indicado; propor, elaborar, implementar e supervisionar a aplicação de normas técnico-administrativas, visando à prevenção e ao tratamento;

8) Padronizar promover e apoiar a implementação de iniciativas voltadas à segurança do paciente em diferentes áreas da atenção, organização e gestão de serviços de saúde, por meio da implantação da gestão de risco e de NSPs;

9) Elaborar, divulgar e manter atualizado o Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde, divulgação delegáveis a outros serviços na instituição; avaliar e monitorar as ações e indicadores vinculados ao Plano de Segurança do Paciente nas unidades bem como propor ações efetivas e estratégicas na atuação de acordo com o desempenho dos mesmos;

10) Desenvolver, implantar, avaliar, monitorar e manter atualizado o plano de capacitação em segurança do paciente em todos os serviços das unidades; acompanhar o processo de notificação ao Sistema Nacional de Vigilância Sanitária os eventos adversos decorrentes da prestação do serviço da unidade;

11) Promover e acompanhar ações de disseminação sistemática da cultura de segurança com foco no aprendizado e desenvolvimento institucional; elaborar plano de pesquisa sobre segurança do paciente para desenvolvimento da instituição, em parceria com a Diretoria, Gerência Assistencial, Gerência de RH e Gerência de Qualidade para as unidades; 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 das unidades geridas pela OSSHMTJ;

12) Promover mecanismos para identificar e avaliar a existência de não conformidades nos processos e procedimentos realizados e na utilização de equipamentos, medicamentos e insumos propondo ações preventivas e corretivas;

13) Montar grupos de trabalho técnicos para tratamento de assuntos específicos relacionados à RDC 36, podendo solicitar a participação de profissionais que não pertenção ao NSP. Os grupos deverão ser compostos por no máximo 06 (seis) e no mínimo 03 componentes tendo reconhecido saber e competência profissional no tema. Cada grupo de trabalho será coordenado por um representante do NSP, indicados pelo mesmo e nomeados pela Direção da unidade;

14) Garantir o desenvolvimento das seguintes ações de melhorias nas unidades: identificação corretamente do paciente; melhorar a comunicação efetiva; incentivar a higienização das mãos pelos profissionais; prevenir, controlar e notificar eventos adversos nas unidades; reduzir o risco de lesões ao paciente decorrente de quedas; assegurar cirurgias com local de intervenção, procedimentos e pacientes corretos; administração com segurança dos medicamentos pelos profissionais envolvidos, principalmente os de alto-risco, sangue e hemocomponentes; reduzir o risco de infecções associadas ao cuidado da saúde; estimular a participação do paciente na assistência prestada e ações de prevenção de quedas e úlceras por pressão;

15) Apoiar a Sede da OSSHMTJ no desenvolvimento de estratégias de segurança do paciente nas unidades;

16) Cumprir os requisitos internos, da organização, administrativos e do Sistema de Gestão da Qualidade; coletar dados para a geração, interpretação e divulgação de indicadores de qualidade.

RESPONSABILIDADES INSTITUCIONAIS: 1) Garantir que as metas, estratégias, políticas e objetivos do Planejamento Estratégico sejam divulgados e entendidos por todos os colaboradores;

2) Cumprir e fazer cumprir na sua área, a legislação vigente, o Regulamento, as Normas, Valores e Projetos Institucionais;

3) Gerenciar os processos de sua área em sintonia com as outras áreas e lideranças para o alcance dos resultados Institucionais;

4) Avaliar e acompanhar o desempenho de seus colaboradores dentro do modelo de “Gestão por Competências”, monitorando os planos de ação sem deixar que os prazos expirem e registrando feedbacks constantes, conforme padrão adotado pela instituição;

5) Realizar outras atividades correlatas e/ou inerentes à sua função conforme descritas no respectivo Perfil Profissiográfico Previdenciário e/ou quando solicitadas pelo superior imediato.

ESPECIFICAÇÕES DO CARGO

Formação	MÍNIMO NECESSÁRIO * (Obrigatório): Superior Completo - Curso: Enfermagem DESEJÁVEL (Bom se tivesse, mas não é obrigatório): Pós-graduação - Curso: Gestão de Saúde, Gestão Hospitalar, Gestão de Pessoas ou Áreas Afins	**Experiência**	Desejável de 6 meses a 1 ano no exercício do próprio cargo;
Preferências	**Sexo**: Ambos **Idade acima de**: 25	**Informática**	Pacote Office intermediário (Word, Excel, Power Pont); Conhecimento em TOTVS; Conhecimento em Sigquali; Conhecimento em Fluig.

			Conhecimento em GCPEC
Conhecimento Técnico Específico	- Domínio da lei nº 7498, 25 de junho de 1986 lei do exercício das atividades da enfermagem; - Domínio da utilização da Serviço Hospitalar de Enfermagem e dimencionamento nas áreas assistenciais; - Conhecimento de gestão hospitalar e a inserção da assistência; - Domínio dos indicadores gerenciais que envolve o processo assistencial; - Conhecimento das normas regulamentadoras dos orgãoes oficiais que padronizam e fundamentam a assistência como as RDC's e Anvisa; - Conhecimento nas ferramentas da qualidade; - Conhecimento de Infecção Hospitalar; - Domínio de segurança do paciente; - Conhecimento de tecnologias na área da saúde; - Conhecimento dos processos de gestão de pessoas.	**Observações**	

Cargo / Centro de Custo / Unidade

COORDENAÇÃO DOS SERVIÇOS DE ENFERMAGEM / HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS

COMPETÊNCIA ORGANIZACIONAL		INDICADORES	CATEGORIA
HUMANIZAÇÃO	*Capacidade de conhecer o cliente, agir com empatia, valorizando suas necessidades, fornecendo soluções e tratamento que atendam e superem as suas expectativas.*	• Demonstra controle emocional e paciência no relacionamento com os outros e na condução de situações mais difíceis de trabalho. **(AT, E)** • Resolve as dúvidas e situações de atendimento ou encaminha as pessoas aos setores devidos, com uma atitude de acolhimento e interesse, mesmo quando não é solicitado. **(AT, E)**	**COMPLEMENTAR**
COMPROMETIMENTO	*Capacidade de assumir a responsabilidade na busca pela resolução de problemas e condução de situações cotidianas, demonstrando interesse, dedicação e iniciativa na busca pelos melhores resultados, conforme a missão da instituição.*	• Dedica-se em seu trabalho com qualidade, cumprindo os prazos e as metas estabelecidas. **(AT, E)** • Atua na solução dos problemas, mesmo que tenham sido causados por outro profissional, demonstrando comprometimento com o seu trabalho na instituição. **(AT, E)**	**COMPLEMENTAR**
ÉTICA	*Capacidade de agir de forma honesta e respeitosa, na sua conduta pessoal e profissional, com sigilo das informações, discrição nos comentários e coerência nas ações, com base em critérios justos e transparentes.*	• Tem uma postura respeitosa e íntegra, assumindo seus erros de forma transparente e colocando-se à disposição para corrigi-los prontamente. **(AT, E)** • Mantém sigilo e discrição das informações da instituição, pacientes e colegas de trabalho, não divulgando imagens e informações em ambiente interno, externo ou rede sociais. **(AT, E)**	**ESSENCIAL**

COMPETÊNCIA LIDERANÇA		INDICADORES	CATEGORIA
COMUNICAÇÃO	*Capacidade de se expressar e ouvir o outro, transmitir ideias de forma clara, objetiva e imparcial, promovendo "Feedback" sempre que necessário e aceitando retorno sobre seu próprio desempenho.*	• Dá feedback individualizado para seus colaboradores, sobre as tarefas executadas e os comportamentos adotados, registrando por escrito tanto os elogios quanto as orientações. **(AT, E)** • Comunica as informações recebidas de seu superior de forma clara e objetiva aos seus subordinados e/ou pares, assumindo integralmente o compromisso pela orientação institucional. **(AT, E)**	**ESSENCIAL**
COMPROMISSO COM A QUALIDADE	*Capacidade de agir com foco na segurança e na melhoria contínua dentro de seu setor e nas interfaces dos processos, visando a obtenção e manutenção de padrões e certificações de qualidade.*	• Cumpre e faz cumprir as normas e protocolos institucionais, apoiando integralmente a unidade em seus projetos de qualidade e diretrizes. **(AT, E)** • Realiza treinamentos com a sua equipe com foco na melhoria dos processos, redução de custos e/ou para a obtenção de metas e resultados. **(AT, E)** • Executa os planos de ação (PDI) da sua avaliação de desempenho, bem como acompanha os planos de ação de seus colaboradores, atualizando-os no sistema antes do vencimento dos mesmos. **(AT, E)**	**COMPLEMENTAR**
PLANEJAMENTO	*Capacidade de organizar ações de forma a facilitar a execução dos objetivos, estabelecendo metas, prazos e acompanhando sua equipe e seus resultados.*	• Utiliza adequadamente as ferramentas da qualidade para organização do seu planejamento de trabalho e o da sua equipe (agenda, cronogramas, PDCA, etc.). **(AT, E)** • Reavalia e/ou participa da Análise Critica Global semestralmente, por meio de reuniões registradas, compartilhando com a sua equipe e/ou superior as metas alcançadas e as ações de melhorias. **(AT, E)**	**ESSENCIAL**

RESILIÊNCIA	*Capacidade de entender e agir proativamente frente a situações novas, aceitando as mudanças e buscando formas diferentes de obter resultados para as pessoas e também para a organização.*	• Mostra capacidade de se adequar às mudanças e de ser flexível, sem atitudes resistentes diante das divergências de opiniões. **(AT, E)** • Gerencia sua equipe e seu setor frente as intercorrências e alterações de planejamento, atuando de maneira pró-ativa diante da situação, sem que isso tenha que lhe ser cobrado do seu superior. **(AT, E)**	**COMPLEMENTAR**

COMPETÊNCIA TÉCNICA		INDICADORES	CATEGORIA
TÉCNICA	*Capacidade de colocar em prática conhecimentos técnicos e profissionais expressos nas Especificações do Cargo descritas no seu PEC.*	• Domina e utiliza as ferramentas de informática para gestão da sua área e equipe ou para a gestão do próprio trabalho. **(AT, E)** • Tem a formação acadêmica (Escolaridade – Ex.: Ensino Médio, Ensino Superior, etc.) adequada para o exercício do cargo que ocupa (conforme previsto no seu PEC). **(AT, E)** • Tem conhecimentos técnicos específicos da sua função e da sua área (contidos no PEC) para desempenhar suas atividades de forma tecnicamente competente. **(AT, E)**	**ESSENCIAL**

Nome do ocupante _____ **Assinatura** _____

Cargo / Centro de Custo / Unidade

COORDENAÇÃO MÉDICA / HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS

DESCRIÇÃO DO CARGO

CÓDIGO / CBO: 2251-70

Atividades e Responsabilidades Essenciais

PRINCIPAIS ATIVIDADES:

1) Assessorar a direção da Unidade nos assuntos pertinentes ao corpo clínico;

2) Coordenar o Corpo Clínico sob gestão da Unidade;

3) Exercer as funções de mediador, para esclarecer e conciliar as partes envolvidas em conflito de posições, com vistas a harmonizar o relacionamento entre os membros do Corpo Clínico e outros profissionais com a estrutura técnica e administrativa da instituição, em face dos postulados da Medicina, da Ética e da Moral;

4) Supervisionar a execução das atividades de assistência médica na instituição, acompanhando os trabalhos de cada clínica, com vistas à prestação da melhor assistência ao paciente;

5) Apresentar sugestões, reivindicações e providências administrativas, capazes de promover o aprimoramento constante dos padrões técnicos e de atendimento, assegurando a integração permanente e harmoniosa das atividades assistenciais, didáticas e administrativas desenvolvidas na Unidade;

6) Garantir o sigilo das informações contidas no prontuário, observando o Código de Ética Médica;

7) Tomar providências cabíveis para que todo paciente hospitalizado tenha seu médico assistente responsável, desde a internação até a alta, conforme resolução específica do CFM;

8) Estimular a participação de todos os membros do Corpo Clínico nos eventos científicos organizados na instituição, com vistas aperfeiçoamento técnico;

9) Garantir na instituição:
• O exercício ético da Medicina e o código de ética médica;
• Enviar ao CRM a ata de eleição da Comissão de Ética Médica da Unidade;
• Assegurar o pleno e autônomo funcionamento da comissão de ética médica e colaborar com as atividades da mesma;
• O cumprimento das normas emanadas pelos conselhos médicos;
• O cumprimento da legislação vigente;
• O cumprimento do regimento interno do corpo clínico;
• O cumprimento de todas as normas da Unidade;
• A implementação efetiva das comissões assistenciais obrigatórias e as de apoio à gestão;
• Notificar por escrito ao CRM, ao assumir ou deixar definitivamente o cargo, segundo resolução CFM n.º 1342/91.

10) Propor a admissão e a exclusão de membros, que seguirão os processos internos da Unidade e do regimento interno;

11) Acompanhar e analisar os indicadores da área e criação de plano de ação de forma a garantir o alcance das metas.

RESPONSABILIDADES INSTITUCIONAIS:

1) Garantir que as metas, estratégias, políticas e objetivos do Planejamento Estratégico sejam divulgados e entendidos por todos os colaboradores;

2) Cumprir e fazer cumprir na sua área, a legislação vigente, o Regulamento, as Normas, Valores e Projetos Institucionais;

3) Gerenciar os processos de sua área em sintonia com as outras áreas e lideranças para o alcance dos resultados Institucionais;

4) Avaliar e acompanhar o desempenho de seus colaboradores dentro do modelo de “Gestão por Competências”, monitorando os planos de ação sem deixar que os prazos expirem e registrando

feedbacks constantes, conforme padrão adotado pela instituição;

5) Realizar outras atividades correlatas e/ou inerentes à sua função conforme descritas no respectivo Perfil Profissiográfico Previdenciário e/ou quando solicitadas pelo superior imediato.

ESPECIFICAÇÕES DO CARGO

Formação	MÍNIMO NECESSÁRIO * (Obrigatório): Superior Completo - Curso: Medicina DESEJÁVEL: Pós-graduação - Curso: Urgência e Emergência, Gestão de Saúde, Gestão de Pessoas, Gestão Hospitalar ou Áreas Afins.	**Experiência**	• Desejável de 06 meses a 01 ano no exercício do próprio cargo;
Preferências	**Sexo**: Ambos **Idade acima de**: 30	**Informática**	- Pacote office básico (Word, Excel, Power Point); - TOTVS; - SigQuali; - Fluig;
Conhecimento Técnico Específico	- Conhecimento de código de ética e condutas administrativas e assistenciais; - Conhecimento de Complice; - Conhecimento de processos e ferramentas de Qualidade; - Conhecimento de processos e ferramentas de Gestão de Pessoas; - Conhecimento de atendimento de urgência e emergência adulto e pediátrico; - Noção da NR 32; - Noção sobre o Programa de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS) - RDC Nº 222, DE 28 DE MARÇO DE 2018 que Regulamenta as Boas Práticas de Gerenciamento dos Resíduos de Serviços de Saúde; - Noção do Manual de Acreditação ONA; - Noção de Hotelaria Hospitalar;	**Observações**	Registro ativo no conselho profissional

Cargo / Centro de Custo / Unidade

COORDENAÇÃO MÉDICA / HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS

- Noção de gerenciamento financeiro;
- Noção de Faturamento Hospitalar;
- Noção em processos de prestação de contas;
- Conhecimento em processos regulação de vagas hospitalares;
- Conhecimento em processos de contratos com gestão municipais;
- Conhecimento em gestão de conflitos;
- Conhecimento em gestão de mudanças.

P.E.C. – PERFIL ESTRUTURADO POR COMPETÊNCIAS

Cargo / Centro de Custo / Unidade

COORDENAÇÃO MÉDICA / HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS

COMPETÊNCIA ORGANIZACIONAL		INDICADORES	CATEGORIA
COMPROMETIMENTO	*Capacidade de assumir a responsabilidade na busca pela resolução de problemas e condução de situações cotidianas, demonstrando interesse, dedicação e iniciativa na busca pelos melhores resultados, conforme a missão da instituição.*	• Demonstra controle emocional e paciência no relacionamento com os outros e na condução de situações mais difíceis de trabalho. **(AT, E)** • Resolve as dúvidas e situações de atendimento ou encaminha as pessoas aos setores devidos, com uma atitude de acolhimento e interesse, mesmo quando não é solicitado. **(AT, E)**	**COMPLEMENTAR**
ÉTICA	*Capacidade de agir de forma honesta e respeitosa, na sua conduta pessoal e profissional, com sigilo das informações, discrição nos comentários e coerência nas ações, com base em critérios justos e transparentes.*	• Dedica-se em seu trabalho com qualidade, cumprindo os prazos e as metas est6abelecidas. **(AT, E)** • Atua na solução dos problemas, mesmo que tenham sido causados por outro profissional, demonstrando comprometimento com o seu trabalho na instituição. **(AT, E)**	**ESSENCIAL**
HUMANIZAÇÃO	*Capacidade de conhecer o cliente, agir com empatia, valorizando suas necessidades, fornecendo soluções e tratamento que atendam e superem as suas expectativas.*	• Tem uma postura respeitosa e íntegra, assumindo seus erros de forma transparente e colocando-se à disposição para corrigi-los prontamente. **(AT, E)** • Mantém sigilo e discrição das informações da instituição, pacientes e colegas de trabalho, não divulgando imagens e informações em ambiente interno, externo ou rede sociais. **(AT, E)**	**COMPLEMENTAR**

COMPETÊNCIA LIDERANÇA		INDICADORES	CATEGORIA
COMPROMISSO COM A QUALIDADE	*Capacidade de agir com foco na segurança e na melhoria contínua dentro de seu setor e nas interfaces dos processos, visando a obtenção e manutenção de padrões e certificações de qualidade.*	• Dá feedback individualizado para seus colaboradores, sobre as tarefas executadas e os comportamentos adotados, registrando por escrito tanto os elogios quanto as orientações. **(AT, E)** • Comunica as informações recebidas de seu superior de forma clara e objetiva aos seus subordinados e/ou pares, assumindo integralmente o compromisso pela orientação institucional. **(AT, E)**	**ESSENCIAL**
COMUNICAÇÃO	*Capacidade de se expressar e ouvir o outro, transmitir ideias de forma clara, objetiva e imparcial, promovendo "Feedback" sempre que necessário e aceitando retorno sobre seu próprio desempenho.*	• Cumpre e faz cumprir as normas e protocolos institucionais, apoiando integralmente a unidade em seus projetos de qualidade e diretrizes. **(AT, E)** • Realiza treinamentos com a sua equipe com foco na melhoria dos processos, redução de custos e/ou para a obtenção de metas e resultados. **(AT, E)** • Executa os planos de ação (PDI) da sua avaliação de desempenho, bem como acompanha os planos de ação de seus colaboradores, atualizando-os no sistema antes do vencimento dos mesmos. **(AT, E)**	**ESSENCIAL**
PLANEJAMENTO	*Capacidade de organizar ações de forma a facilitar a execução dos objetivos, estabelecendo metas, prazos e acompanhando sua equipe e seus resultados.*	• Utiliza adequadamente as ferramentas da qualidade para organização do seu planejamento de trabalho e o da sua equipe (agenda, cronogramas, PDCA, etc.). **(AT, E)** • Reavalia e/ou participa da Análise Critica Global semestralmente, por meio de reuniões registradas, compartilhando com a sua equipe e/ou superior as metas alcançadas e as ações de melhorias. **(AT, E)**	**COMPLEMENTAR**

Versão: 001/2022
Alterado em: 30/11/2022

P.E.C. – PERFIL ESTRUTURADO POR COMPETÊNCIAS

Cargo / Centro de Custo / Unidade

COORDENAÇÃO MÉDICA / HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS

RESILIÊNCIA	*Capacidade de entender e agir proativamente frente a situações novas, aceitando as mudanças e buscando formas diferentes de obter resultados para as pessoas e também para a organização.*	• Mostra capacidade de se adequar às mudanças e de ser flexível, sem atitudes resistentes diante das divergências de opiniões. **(AT, E)** • Gerencia sua equipe e seu setor frente as intercorrências e alterações de planejamento, atuando de maneira pró-ativa diante da situação, sem que isso tenha que lhe ser cobrado do seu superior. **(AT, E)**	**COMPLEMENTAR**

COMPETÊNCIA TÉCNICA		INDICADORES	CATEGORIA
TÉCNICA	*Capacidade de colocar em prática conhecimentos técnicos e profissionais expressos nas Especificações do Cargo descritas no seu PEC.*	• Domina e utiliza as ferramentas de informática para gestão da sua área e equipe ou para a gestão do próprio trabalho. **(AT, E)** • Tem a formação acadêmica (Escolaridade – Ex.: Ensino Médio, Ensino Superior, etc.) adequada para o exercício do cargo que ocupa (conforme previsto no seu PEC). **(AT, E)** • Tem conhecimentos técnicos específicos da sua função e da sua área (contidos no PEC) para desempenhar suas atividades de forma tecnicamente competente. **(AT, E)**	**ESSENCIAL**

Nome do ocupante _____ **Assinatura** _____

P.E.C. – PERFIL ESTRUTURADO POR COMPETÊNCIAS

Cargo / Centro de Custo / Unidade

DIRETOR ADMINISTRATIVO / HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS

DESCRIÇÃO DO CARGO

CÓDIGO / CBO: 1231-05

Atividades e Responsabilidades Essenciais

PRINCIPAIS ATIVIDADES:

01. Administrar, supervisionar e coordenar as atividades da Diretoria e unidades sob sua responsabilidade e estabelecer normas para a sua melhor execução;

02. Cumprir e fazer cumprir, no âmbito de suas atribuições, as normas do HMTJ e determinações legais aplicáveis às áreas sob sua responsabilidade;

03. Cumprir as recomendações do Conselho de Administração e executar outras tarefas que forem atribuídas ou delegadas pelo Direção Geral e/ ou Direção da OSS;

04. Coordenar as políticas, as ações e as estratégias a serem aplicadas objetivando eficiente funcionamento das diversas áreas da instituição em prol dos objetivos traçados pela Direção/ Contratantes;

05. Participar de planejamento estratégico da unidade bem como estabelecer a conexão entre o planejamento estratégico e o planejamento econômico-financeiro, que ele promoverá;

06. Administrar a alocação e a capacitação de pessoas, identificar competências e gerenciar a relação do trabalho;

07. Administrar a infraestrutura física e o suporte logístico, por meio da prática de atos necessários à boa administração, providenciando os recursos humanos e materiais e as demais condições necessárias capazes de garantir o normal andamento dos trabalhos e a concretização dos objetivos da entidade;

08. Gerir os processos de compra, contratação de serviços e obras;

09. Realizar estudos e análises de matérias específicas, elaborando relatórios, pareceres, informações, documentos normativos e outros que possam subsidiar as atividades e decisões da Direção/ Contratantes;

10. Propor planos e programas de ação que visem a melhoria dos serviços prestados na unidade;

11. Atender às solicitações das Auditorias Internas e Externas para fornecimento de informações e documentos;

12. Acompanhar e fazer cumprir execução orçamentária planejada e metas contratuais;

13. Negociar com clientes, fornecedores e/ ou contratantes, sempre que necessário;

14. Supervisionar a alocação de recursos e o orçamento;

15. Resolver problemas que possam surgir e assumir a responsabilidade de informar em tempo hábil à Direção da OSS bem como contratantes sempre que necessário, de maneira diplomática e política;

RESPONSABILIDADES INSTITUCIONAIS:

01 - Garantir que as metas, estratégias, políticas e objetivos do Planejamento Estratégico sejam divulgados e entendidos por todos os colaboradores;

02 - Cumprir e fazer cumprir na sua área, a legislação vigente, o Regulamento, as Normas, Valores e Projetos Institucionais;

03 - Gerenciar os processos de sua área em sintonia com as outras áreas e lideranças para o alcance dos resultados Institucionais.

04 - Avaliar e acompanhar o desempenho de seus colaboradores dentro do modelo de “Gestão por Competências”, monitorando os planos de ação sem deixar que os prazos expirem e

registrando feedbacks constantes, conforme padrão adotado pela instituição.

05 - Realizar outras atividades correlatas e/ou inerentes à sua função conforme descritas no respectivo Perfil Profissiográfico Previdenciário e/ou quando solicitadas pelo superior imediato.

ESPECIFICAÇÕES DO CARGO

Formação	MÍNIMO NECESSÁRIO * (Obrigatório): Superior Completo - Curso: Ciências Contábeis, Administração de Empresas ou cursos correlatos. DESEJÁVEL (Bom se tivesse, mas não é obrigatório): Pós-graduação - Curso: Gestão Hospitalar, Gestão de Custos Hospitalares, Governança corporativa e áreas afins	**Experiência**	Desejável de 01 a 02 anos no exercício do próprio cargo
Preferências	**Sexo**: Ambos **Idade acima de**: 25	**Informática**	- Conhecimentos informática; - Pacote office básico (Word, Excel, Power Point); - TOTVS; - SigQuali; - Fluig; - GCPEC.
Conhecimento Técnico Específico	- Domínio dos processos hospitalares; - Domínio de técnicas contábeis e legislações inerentes; - Noção legislação trabalhista; - Noção das regras e legislação do faturamento; - Conhecimento da legislação de organização social.; - Conhecimento da legislação a Instituição; - Conhecimento do orçamento base zero; - Conhecimento da legislação trabalhista; - Conhecimento em processos de Suprimentos/ Logística; - Conhecimento de técnica de auditoria; - Conhecimento de fluxos dos processo de contratos; - Conhecimentos das interfaces financeiras;	**Observações**	

Cargo / Centro de Custo / Unidade

DIRETOR ADMINISTRATIVO / HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS

- Conhecimentos dos indicadores econômicos e financeiros;
- conhecimento em Matemática financeira;
- Conhecimento em processos comerciais na área de saúde.

DIRETOR ADMINISTRATIVO / HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS

COMPETÊNCIA ORGANIZACIONAL		INDICADORES	CATEGORIA
COMPROMETIMENTO	*Capacidade de assumir a responsabilidade na busca pela resolução de problemas e condução de situações cotidianas, demonstrando interesse, dedicação e iniciativa na busca pelos melhores resultados, conforme a missão da instituição.*	• Dedica-se em seu trabalho com qualidade, cumprindo os prazos e as metas estabelecidas. **(AT, E)** • Atua na solução dos problemas, mesmo que tenham sido causados por outro profissional, demonstrando comprometimento com o seu trabalho na instituição. **(AT, E)** • Tem comprometimento em compartilhar conhecimento adquiridos em cursos/simpósios/congresso com seus colegas de trabalho, de forma a agregar na cultura de aprendizagem e melhoria dos serviços prestados. **(AT, E)**	**ESSENCIAL**
ÉTICA	*Capacidade de agir de forma honesta e respeitosa, na sua conduta pessoal e profissional, com sigilo das informações, discrição nos comentários e coerência nas ações, com base em critérios justos e transparentes.*	• Tem uma postura respeitosa e íntegra, assumindo seus erros de forma transparente e colocando-se à disposição para corrigi-los prontamente. **(AT, E)** • Mantém sigilo e discrição das informações da instituição, pacientes e colegas de trabalho, não divulgando imagens e informações em ambiente interno, externo ou rede sociais. **(AT, E)**	**COMPLEMENTAR**
HUMANIZAÇÃO	*Capacidade de conhecer o cliente, agir com empatia, valorizando suas necessidades, fornecendo soluções e tratamento que atendam e superem as suas expectativas.*	• Demonstra controle emocional e paciência no relacionamento com os outros e na condução de situações mais difíceis de trabalho. **(AT, E)** • Resolve as dúvidas e situações de atendimento ou encaminha as pessoas aos setores devidos, com uma atitude de acolhimento e interesse, mesmo quando não é solicitado. **(AT, E)**	**COMPLEMENTAR**

COMPETÊNCIA LIDERANÇA		INDICADORES	CATEGORIA
COMPROMISSO COM A QUALIDADE	*Capacidade de agir com foco na segurança e na melhoria contínua dentro de seu setor e nas interfaces dos processos, visando a obtenção e manutenção de padrões e certificações de qualidade.*	• Cumpre e faz cumprir as normas e protocolos institucionais, apoiando integralmente a unidade em seus projetos de qualidade e diretrizes. **(AT, E)** • Realiza treinamentos com a sua equipe com foco na melhoria dos processos, redução de custos e/ou para a obtenção de metas e resultados. **(AT, E)** • Executa os planos de ação (PDI) da sua avaliação de desempenho, bem como acompanha os planos de ação de seus colaboradores, atualizando-os no sistema antes do vencimento dos mesmos. **(AT, E)**	**COMPLEMENTAR**
COMUNICAÇÃO	*Capacidade de se expressar e ouvir o outro, transmitir ideias de forma clara, objetiva e imparcial, promovendo "Feedback" sempre que necessário e aceitando retorno sobre seu próprio desempenho.*	• Dá feedback individualizado para seus colaboradores, sobre as tarefas executadas e os comportamentos adotados, registrando por escrito tanto os elogios quanto as orientações. **(AT, E)** • Comunica as informações recebidas de seu superior de forma clara e objetiva aos seus subordinados e/ou pares, assumindo integralmente o compromisso pela orientação institucional. **(AT, E)**	**ESSENCIAL**
PLANEJAMENTO	*Capacidade de organizar ações de forma a facilitar a execução dos objetivos, estabelecendo metas, prazos e acompanhando sua equipe e seus resultados.*	• Utiliza adequadamente as ferramentas da qualidade para organização do seu planejamento de trabalho e o da sua equipe (agenda, cronogramas, PDCA, etc.). **(AT, E)** • Reavalia e/ou participa da Análise Critica Global semestralmente, por meio de reuniões registradas, compartilhando com a sua equipe e/ou superior as metas alcançadas e as ações de melhorias. **(AT, E)**	**ESSENCIAL**

RESILIÊNCIA	*Capacidade de entender e agir proativamente frente a situações novas, aceitando as mudanças e buscando formas diferentes de obter resultados para as pessoas e também para a organização.*	• Mostra capacidade de se adequar às mudanças e de ser flexível, sem atitudes resistentes diante das divergências de opiniões. **(AT, E)** • Gerencia sua equipe e seu setor frente as intercorrências e alterações de planejamento, atuando de maneira pró-ativa diante da situação, sem que isso tenha que lhe ser cobrado do seu superior. **(AT, E)**	**COMPLEMENTAR**

COMPETÊNCIA TÉCNICA		INDICADORES	CATEGORIA
TÉCNICA	*Capacidade de colocar em prática conhecimentos técnicos e profissionais expressos nas Especificações do Cargo descritas no seu PEC.*	• Domina e utiliza as ferramentas de informática para gestão da sua área e equipe ou para a gestão do próprio trabalho. **(AT, E)** • Tem a formação acadêmica (Escolaridade – Ex.: Ensino Médio, Ensino Superior, etc.) adequada para o exercício do cargo que ocupa (conforme previsto no seu PEC). **(AT, E)** • Tem conhecimentos técnicos específicos da sua função e da sua área (contidos no PEC) para desempenhar suas atividades de forma tecnicamente competente. **(AT, E)**	**ESSENCIAL**

Nome do ocupante **Assinatura**

DIRETOR GERAL / HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS

DESCRIÇÃO DO CARGO

CÓDIGO / CBO: 1312-05

Atividades e Responsabilidades Essenciais

PRINCIPAIS ATIVIDADES:

01. Conduzir a elaboração e execução dos planos estratégicos e operacionais, em todas as áreas da unidade, visando a assegurar o seu desenvolvimento, crescimento e continuidade dos serviços prestados;

02. Definir as políticas e objetivos específicos de cada área, coordenando a execução dos respectivos planos de ação, facilitando e integrando o trabalho das equipes, visando a otimizar os esforços para a consecução dos objetivos estratégicos e prestação de serviços contratualizados;

03. Identificar oportunidades, avaliar a viabilidade e fazer recomendações sobre novas oportunidades de desenvolvimento institucional, visando a garantir um retorno adequado aos acionistas e resguardar a segurança dos ativos da entidade;

04. Manter contatos com a direção de outras unidades, secretarias municipais ou estaduais e contratantes para identificar oportunidades de ampliação ou melhoria nos produtos / serviços prestados ou solução de eventuais problemas contratuais ou operacionais, visando manter a satisfação do cliente e projetar uma imagem positiva da instituição no mercado de atuação;

05. Conduzir os processos de mudanças na cultura da organização, visando conquistar o engajamento de todos os seus integrantes e garantir a consolidação de uma cultura organizacional orientada para a contínua busca da qualidade e de altos padrões de desempenho individual e coletivo;

06. Coordenar as negociações para aquisições, fusões, associações, etc. com outras entidades, visando ao crescimento e consolidação dos negócios;

07. Manter contatos com a direção de outras empresas, entidades de classe e órgãos governamentais, visando a harmonizar esforços que se traduzam em benefícios para os clientes, o mercado e a comunidade em geral;

08. Acompanhar e analisar os indicadores da área e criação de plano de ação de forma a garantir o alcance das metas;

09. Realizar reunião periódica com a equipe de lideranças ou membros estratégicos para monitoramento das atividades em curso e projetadas, assim como avaliar em conjunto os indicadores;

10. Responsável por efetuar Avaliação de Desempenho de sua equipe, de acordo com o cronograma do RH;

11. Responsável por atender as determinações que constam na Política de Gestão de Pessoas;

12. Cumprir os requisitos internos, da organização, administrativos e do Sistema de Gestão da Qualidade.

RESPONSABILIDADES INSTITUCIONAIS:

01. Garantir que as metas, estratégias, políticas e objetivos do Planejamento Estratégico sejam divulgados e entendidos por todos os colaboradores;

02. Cumprir e fazer cumprir na sua área, a legislação vigente, o Regulamento, as Normas, Valores e Projetos Institucionais;

03. Gerenciar os processos de sua área em sintonia com as outras áreas e lideranças para o alcance dos resultados Institucionais.

04. Avaliar e acompanhar o desempenho de seus colaboradores dentro do modelo de “Gestão por Competências”, monitorando os planos de ação sem deixar que os prazos expirem e registrando feedbacks constantes, conforme padrão adotado pela instituição.

	05. Realizar outras atividades correlatas e/ou inerentes à sua função conforme descritas no respectivo Perfil Profissiográfico Previdenciário e/ou quando solicitadas pelo superior imediato.

ESPECIFICAÇÕES DO CARGO

Formação	MÍNIMO NECESSÁRIO * (Obrigatório): Superior Completo - Curso: Administração, Medicina, Ciências Contábeis, Direito e áreas afins DESEJÁVEL (Bom se tivesse, mas não é obrigatório): Pós-graduação - Curso: Urgência e Emergência, Gestão de Saúde, Gestão de Pessoas, Gestão Hospitalar ou Áreas Afins	**Experiência**	Desejável experiência de 06 meses a 01 ano na função
Preferências	**Sexo**: Ambos **Idade acima de**: 25	**Informática**	Pacote office intermediário e sistemas: TOTVS, SIGQUALI, FLUIG e GCPEC
Conhecimento Técnico Específico	- Conhecimento de codigo de ética e condutas administrativas; - Conhecimento de Complice; - Conhecimento de processos e ferramentas de Qualidade; - Conhecimento de processos e ferramentas de Gestão de Pessoas; - Conhecimento de atendimento de urgencia e emergencia adulto e pediatrico. - Noção da NR 32 - Tem como finalidade estabelecer as diretrizes básicas para a implementação de medidas de proteção à segurança e à saúde dos trabalhadores dos serviços de saúde, bem como daqueles que exercem atividades de promoção e assistência à saúde em geral. - Noção sobre o Programa de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS) - RDC Nº 222, DE 28 DE MARÇO DE 2018 que Regulamenta as Boas Práticas de Gerenciamento dos Resíduos de Serviços de Saúde - Noção do Manual de Acreditação ONA; - Conhecimento de Hotelaria Hospitalar; - Conhecimento de gerenciamento financeiro; - Conhecimento de Faturamento Hospitalar. - Conhecimento em processos de prestação de contas; Conhecimento em processos regulação de vagas hospitalares; - Conhecimento em processos de contratos com gestão municipais; - Conhecimento em gestão de conflitos; - Conhecimento em gestão de mudanças.	**Observações**	

Cargo / Centro de Custo / Unidade

DIRETOR GERAL / HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS

COMPETÊNCIA ORGANIZACIONAL		INDICADORES	CATEGORIA
COMPROMETIMENTO	*Capacidade de assumir a responsabilidade na busca pela resolução de problemas e condução de situações cotidianas, demonstrando interesse, dedicação e iniciativa na busca pelos melhores resultados, conforme a missão da instituição.*	• Dedica-se em seu trabalho com qualidade, cumprindo os prazos e as metas estabelecidas. **(AT, E)** • Atua na solução dos problemas, mesmo que tenham sido causados por outro profissional, demonstrando comprometimento com o seu trabalho na instituição. **(AT, E)**	**ESSENCIAL**
ÉTICA	*Capacidade de agir de forma honesta e respeitosa, na sua conduta pessoal e profissional, com sigilo das informações, discrição nos comentários e coerência nas ações, com base em critérios justos e transparentes.*	• Tem uma postura respeitosa e íntegra, assumindo seus erros de forma transparente e colocando-se à disposição para corrigi-los prontamente. **(AT, E)** • Mantém sigilo e discrição das informações da instituição, pacientes e colegas de trabalho, não divulgando imagens e informações em ambiente interno, externo ou rede sociais. **(AT, E)**	**COMPLEMENTAR**
HUMANIZAÇÃO	*Capacidade de conhecer o cliente, agir com empatia, valorizando suas necessidades, fornecendo soluções e tratamento que atendam e superem as suas expectativas.*	• Demonstra controle emocional e paciência no relacionamento com os outros e na condução de situações mais difíceis de trabalho. **(AT, E)** • Resolve as dúvidas e situações de atendimento ou encaminha as pessoas aos setores devidos, com uma atitude de acolhimento e interesse, mesmo quando não é solicitado. **(AT, E)**	**COMPLEMENTAR**

COMPETÊNCIA LIDERANÇA		INDICADORES	CATEGORIA
COMPROMISSO COM A QUALIDADE	*Capacidade de agir com foco na segurança e na melhoria contínua dentro de seu setor e nas interfaces dos processos, visando a obtenção e manutenção de padrões e certificações de qualidade.*	• Cumpre e faz cumprir as normas e protocolos institucionais, apoiando integralmente a unidade em seus projetos de qualidade e diretrizes. **(AT, E)** • Realiza treinamentos com a sua equipe com foco na melhoria dos processos, redução de custos e/ou para a obtenção de metas e resultados. **(AT, E)** • Executa os planos de ação (PDI) da sua avaliação de desempenho, bem como acompanha os planos de ação de seus colaboradores, atualizando-os no sistema antes do vencimento dos mesmos. **(AT, E)**	**ESSENCIAL**
COMUNICAÇÃO	*Capacidade de se expressar e ouvir o outro, transmitir ideias de forma clara, objetiva e imparcial, promovendo "Feedback" sempre que necessário e aceitando retorno sobre seu próprio desempenho.*	• Dá feedback individualizado para seus colaboradores, sobre as tarefas executadas e os comportamentos adotados, registrando por escrito tanto os elogios quanto as orientações. **(AT, E)** • Comunica as informações recebidas de seu superior de forma clara e objetiva aos seus subordinados e/ou pares, assumindo integralmente o compromisso pela orientação institucional. **(AT, E)**	**ESSENCIAL**
PLANEJAMENTO	*Capacidade de organizar ações de forma a facilitar a execução dos objetivos, estabelecendo metas, prazos e acompanhando sua equipe e seus resultados.*	• Utiliza adequadamente as ferramentas da qualidade para organização do seu planejamento de trabalho e o da sua equipe (agenda, cronogramas, PDCA, etc.). **(AT, E)** • Reavalia e/ou participa da Análise Critica Global semestralmente, por meio de reuniões registradas, compartilhando com a sua equipe e/ou superior as metas alcançadas e as ações de melhorias. **(AT, E)**	**COMPLEMENTAR**

Cargo / Centro de Custo / Unidade

DIRETOR GERAL / HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS

RESILIÊNCIA	*Capacidade de entender e agir proativamente frente a situações novas, aceitando as mudanças e buscando formas diferentes de obter resultados para as pessoas e também para a organização.*	• Mostra capacidade de se adequar às mudanças e de ser flexível, sem atitudes resistentes diante das divergências de opiniões. **(AT, E)** • Gerencia sua equipe e seu setor frente as intercorrências e alterações de planejamento, atuando de maneira pró-ativa diante da situação, sem que isso tenha que lhe ser cobrado do seu superior. **(AT, E)**	**COMPLEMENTAR**

COMPETÊNCIA TÉCNICA		INDICADORES	CATEGORIA
TÉCNICA	*Capacidade de colocar em prática conhecimentos técnicos e profissionais expressos nas Especificações do Cargo descritas no seu PEC.*	• Domina e utiliza as ferramentas de informática para gestão da sua área e equipe ou para a gestão do próprio trabalho. **(AT, E)** • Tem a formação acadêmica (Escolaridade – Ex.: Ensino Médio, Ensino Superior, etc.) adequada para o exercício do cargo que ocupa (conforme previsto no seu PEC). **(AT, E)** • Tem conhecimentos técnicos específicos da sua função e da sua área (contidos no PEC) para desempenhar suas atividades de forma tecnicamente competente. **(AT, E)**	**ESSENCIAL**

Nome do ocupante _____ **Assinatura** _____

Cargo / Centro de Custo / Unidade

DIRETOR TÉCNICO / HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS

DESCRIÇÃO DO CARGO

CÓDIGO / CBO: 1312-05

Atividades e Responsabilidades Essenciais

PRINCIPAIS ATIVIDADES:

1) Garantir: O exercício ético da Medicina e o código de ética médica; O cumprimento das normas emanadas pelos conselhos médicos; O cumprimento da legislação vigente; O cumprimento do regimento interno do corpo clínico; O cumprimento de todas as normas da Unidade; A implementação efetiva das comissões assistenciais obrigatórias e as de apoio à gestão.

2) Representar a Unidade Hospitalar em suas relações com autoridades sanitárias e CFM, conforme legislação vigente.

3) Assegurar o pleno e autônomo funcionamento da comissão de ética médica e colaborar com as atividades da mesma.

4) Cientificar à Diretoria Geral de irregularidades que se observem em relação à ordem, ao desempenho ético-técnico e a disciplina nos diversos serviços.

5) Assegurar condições dignas de trabalho e os meios indispensáveis à prática médica, visando o melhor desempenho do Corpo Clínico e demais profissionais de saúde em benefício da população usuária da Unidade.

6) Acompanhar e analisar os indicadores da área e criação de plano de ação de forma a garantir o alcance das metas.

7) Realizar reunião periódica com a equipe para monitoramento das atividades em curso e projetadas, assim como avaliar em conjunto os indicadores.

8) Responsável por efetuar Avaliação de Desempenho de sua equipe, de acordo com o cronograma do RH.

9) Responsável por atender as determinações que constam nos PRS do RH.

10) Cumprir os requisitos internos, da organização, administrativos e do Sistema de Gestão da Qualidade.

ESPECIFICAÇÕES DO CARGO

Formação	• Superior Completo em Medicina, com registro ativo e em dia com as obrigações frente ao CRM. • Desejável Pós Graduação Lato Sensu em Gestão em Saúde.	**Experiência**	Desejável experiência de 06 meses a 1 ano na função
Preferências	**Sexo**: Ambos **Idade acima de**: 30	**Informática**	Pacote Office (Word, Excel, Power Pont); TOTVS; Sigquali; Fluig.
Conhecimento Técnico Específico	- Conhecimento de código de ética e condutas médica e administrativas; - Conhecimento de Complice; - Conhecimento de processos e ferramentas de Qualidade; - Conhecimento de processos e ferramentas de Gestão de Pessoas; - Noção da NR 32 - Tem como finalidade estabelecer as diretrizes básicas para a implementação de medidas de proteção à segurança e à saúde dos trabalhadores dos serviços de saúde, bem como daqueles que exercem atividades de promoção e assistência à saúde em geral. - Noção sobre o Programa de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS) - RDC Nº 222, DE 28 DE MARÇO DE 2018 que Regulamenta as Boas Práticas de Gerenciamento dos Resíduos de Serviços de Saúde; - Noção do Manual de Acreditação ONA;	**Observações**	

Cargo / Centro de Custo / Unidade

DIRETOR TÉCNICO / HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS

COMPETÊNCIA ORGANIZACIONAL		INDICADORES	CATEGORIA
COMPROMETIMENTO	*Capacidade de assumir a responsabilidade na busca pela resolução de problemas e condução de situações cotidianas, demonstrando interesse, dedicação e iniciativa na busca pelos melhores resultados, conforme a missão da instituição.*	• Demonstra controle emocional e paciência no relacionamento com os outros e na condução de situações mais difíceis de trabalho. **(AT, E)** • Resolve as dúvidas e situações de atendimento ou encaminha as pessoas aos setores devidos, com uma atitude de acolhimento e interesse, mesmo quando não é solicitado. **(AT, E)**	**COMPLEMENTAR**
ÉTICA	*Capacidade de agir de forma honesta e respeitosa, na sua conduta pessoal e profissional, com sigilo das informações, discrição nos comentários e coerência nas ações, com base em critérios justos e transparentes.*	• Dedica-se em seu trabalho com qualidade, cumprindo os prazos e as metas estabelecidas. **(AT, E)** • Atua na solução dos problemas, mesmo que tenham sido causados por outro profissional, demonstrando comprometimento com o seu trabalho na instituição. **(AT, E)**	**ESSENCIAL**
HUMANIZAÇÃO	*Capacidade de conhecer o cliente, agir com empatia, valorizando suas necessidades, fornecendo soluções e tratamento que atendam e superem as suas expectativas.*	• Tem uma postura respeitosa e íntegra, assumindo seus erros de forma transparente e colocando-se à disposição para corrigi-los prontamente. **(AT, E)** • Mantém sigilo e discrição das informações da instituição, pacientes e colegas de trabalho, não divulgando imagens e informações em ambiente interno, externo ou rede sociais. **(AT, E)**	**COMPLEMENTAR**

COMPETÊNCIA LIDERANÇA		INDICADORES	CATEGORIA
COMPROMISSO COM A QUALIDADE	*Capacidade de agir com foco na segurança e na melhoria contínua dentro de seu setor e nas interfaces dos processos, visando a obtenção e manutenção de padrões e certificações de qualidade.*	• Dá feedback individualizado para seus colaboradores, sobre as tarefas executadas e os comportamentos adotados, registrando por escrito tanto os elogios quanto as orientações. **(AT, E)** • Comunica as informações recebidas de seu superior de forma clara e objetiva aos seus subordinados e/ou pares, assumindo integralmente o compromisso pela orientação institucional. **(AT, E)**	**ESSENCIAL**
COMUNICAÇÃO	*Capacidade de se expressar e ouvir o outro, transmitir ideias de forma clara, objetiva e imparcial, promovendo "Feedback" sempre que necessário e aceitando retorno sobre seu próprio desempenho.*	• Cumpre e faz cumprir as normas e protocolos institucionais, apoiando integralmente a unidade em seus projetos de qualidade e diretrizes. **(AT, E)** • Realiza treinamentos com a sua equipe com foco na melhoria dos processos, redução de custos e/ou para a obtenção de metas e resultados. **(AT, E)** • Executa os planos de ação (PDI) da sua avaliação de desempenho, bem como acompanha os planos de ação de seus colaboradores, atualizando-os no sistema antes do vencimento dos mesmos. **(AT, E)**	**COMPLEMENTAR**
PLANEJAMENTO	*Capacidade de organizar ações de forma a facilitar a execução dos objetivos, estabelecendo metas, prazos e acompanhando sua equipe e seus resultados.*	• Utiliza adequadamente as ferramentas da qualidade para organização do seu planejamento de trabalho e o da sua equipe (agenda, cronogramas, PDCA, etc.). **(AT, E)** • Reavalia e/ou participa da Análise Critica Global semestralmente, por meio de reuniões registradas, compartilhando com a sua equipe e/ou superior as metas alcançadas e as ações de melhorias. **(AT, E)**	**ESSENCIAL**

Cargo / Centro de Custo / Unidade

DIRETOR TÉCNICO / HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS

RESILIÊNCIA	*Capacidade de entender e agir proativamente frente a situações novas, aceitando as mudanças e buscando formas diferentes de obter resultados para as pessoas e também para a organização.*	• Mostra capacidade de se adequar às mudanças e de ser flexível, sem atitudes resistentes diante das divergências de opiniões. **(AT, E)** • Gerencia sua equipe e seu setor frente as intercorrências e alterações de planejamento, atuando de maneira pró-ativa diante da situação, sem que isso tenha que lhe ser cobrado do seu superior. **(AT, E)**	**COMPLEMENTAR**

COMPETÊNCIA TÉCNICA		INDICADORES	CATEGORIA
TÉCNICA	*Capacidade de colocar em prática conhecimentos técnicos e profissionais expressos nas Especificações do Cargo descritas no seu PEC.*	• Domina e utiliza as ferramentas de informática para gestão da sua área e equipe ou para a gestão do próprio trabalho. **(AT, E)** • Tem a formação acadêmica (Escolaridade – Ex.: Ensino Médio, Ensino Superior, etc.) adequada para o exercício do cargo que ocupa (conforme previsto no seu PEC). **(AT, E)** • Tem conhecimentos técnicos específicos da sua função e da sua área (contidos no PEC) para desempenhar suas atividades de forma tecnicamente competente. **(AT, E)**	**ESSENCIAL**

Nome do ocupante _____ **Assinatura** _____

ENFERMEIRO ROTINA / HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS

DESCRIÇÃO DO CARGO

CÓDIGO / CBO: 2235-05

Atividades e Responsabilidades Essenciais

PRINCIPAIS ATIVIDADES: 1) Supervisionar rotinas setoriais tais como: passagem de plantão, provisão de pessoal e materiais, preenchimento de planilhas, censo e checklist, visita diária, gerenciamento de risco, identificação de exames e procedimentos a serem realizados no dia, realizar registros no sistema RM e escalas de atribuições dos colaboradores;

2) Planejar, elaborar, executar e participar dos eventos de capacitação da equipe assistencial;

3) Supervisionar atividades de prevenção e controle sistemático de danos que possam ser causadas aos pacientes durante a assistência de enfermagem;

4) Conferir e controlar equipamentos, materiais permanentes quanto às manutenções corretivas e preventivas no sistema padronizado e zelar pela conservação dos mesmos;

5) Supervisionar o gerenciamento do carrinho de emergência, sempre que necessário;

6) Supervisionar e coordenar rotinas do CME da unidade;

7) Confeccionar as escalas mensais dos serviços assistenciais da unidade;

8) Realizar a gestão dos protocolos e indicadores juntamente com a Coordenação Assistencial;

9) Ser responsável pelas rotinas de regulação de pacientes em conjunto com a Direção Geral da Unidade;

10) Mensurar e avaliar indicadores.

RESPONSABILIDADES INSTITUCIONAIS: 1) Garantir que as metas, estratégias, políticas e objetivos do Planejamento Estratégico sejam divulgados e entendidos por todos os colaboradores;

2) Cumprir e fazer cumprir na sua área, a legislação vigente, o Regulamento, as Normas, Valores e Projetos Institucionais;

3) Gerenciar os processos de sua área em sintonia com as outras áreas e lideranças para o alcance dos resultados Institucionais.

4) Avaliar e acompanhar o desempenho de seus colaboradores dentro do modelo de “Gestão por Competências”, monitorando os planos de ação sem deixar que os prazos expirem e registrando feedbacks constantes, conforme padrão adotado pela instituição.

5) Realizar outras atividades correlatas e/ou inerentes à sua função conforme descritas no respectivo Perfil Profissiográfico Previdenciário e/ou quando solicitadas pelo superior imediato.

ESPECIFICAÇÕES DO CARGO

Formação	MÍNIMO NECESSÁRIO * (Obrigatório): Superior Completo - Curso: Enfermagem DESEJÁVEL (Bom se tivesse, mas não é obrigatório): Pós-graduação - Curso: Gestão de Saúde ou Áreas Afins	**Experiência**	Desejável de 06 meses a 01 ano no exercício do próprio cargo
Preferências	**Sexo**: Ambos **Idade acima de**: 24	**Informática**	- Pacote office básico (Word, Excel, Power Point); - Conhecimento em TOTVS; - Conhecimento em SigQuali; - Domínio em

			Fluig; - Domínio em GCPEC. - Conhecimento no sistema CROSS
Conhecimento Técnico Específico	- Noção de gestão de leitos; - Noção básica da rede de atenção a saúde do município; - Conhecimento de grau de assistência (Fugulin) - Domínio técnico em liderar equipe técnica de enfermagem; - Noção básica Imprudência e Negligência; - Domínio dos processos e normas da instituição; - Conhecimento das legislações vigentes NR32; - Conhecimento técnico e científico das necessidades humana básica prestada a assistência direta ao paciente; - Conhecimento sobre os processos de liderança e sobre gestão do tempo.	**Observações**	

Cargo / Centro de Custo / Unidade

ENFERMEIRO ROTINA / HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS

COMPETÊNCIA ORGANIZACIONAL		INDICADORES	CATEGORIA
HUMANIZAÇÃO	*Capacidade de conhecer o cliente, agir com empatia, valorizando suas necessidades, fornecendo soluções e tratamento que atendam e superem as suas expectativas.*	• Demonstra controle emocional e paciência no relacionamento com os outros e na condução de situações mais difíceis de trabalho. **(AT, E)** • Resolve as dúvidas e situações de atendimento ou encaminha as pessoas aos setores devidos, com uma atitude de acolhimento e interesse, mesmo quando não é solicitado. **(AT, E)**	**COMPLEMENTAR**
COMPROMETIMENTO	*Capacidade de assumir a responsabilidade na busca pela resolução de problemas e condução de situações cotidianas, demonstrando interesse, dedicação e iniciativa na busca pelos melhores resultados, conforme a missão da instituição.*	• Dedica-se em seu trabalho com qualidade, cumprindo os prazos e as metas estabelecidas. **(AT, E)** • Atua na solução dos problemas, mesmo que tenham sido causados por outro profissional, demonstrando comprometimento com o seu trabalho na instituição. **(AT, E)**	**ESSENCIAL**
ÉTICA	*Capacidade de agir de forma honesta e respeitosa, na sua conduta pessoal e profissional, com sigilo das informações, discrição nos comentários e coerência nas ações, com base em critérios justos e transparentes.*	• Tem uma postura respeitosa e íntegra, assumindo seus erros de forma transparente e colocando-se à disposição para corrigi-los prontamente. **(AT, E)** • Mantém sigilo e discrição das informações da instituição, pacientes e colegas de trabalho, não divulgando imagens e informações em ambiente interno, externo ou rede sociais. **(AT, E)**	**COMPLEMENTAR**

COMPETÊNCIA LIDERANÇA		INDICADORES	CATEGORIA
COMUNICAÇÃO	*Capacidade de se expressar e ouvir o outro, transmitir ideias de forma clara, objetiva e imparcial, promovendo "Feedback" sempre que necessário e aceitando retorno sobre seu próprio desempenho.*	• Dá feedback individualizado para seus colaboradores, sobre as tarefas executadas e os comportamentos adotados, registrando por escrito tanto os elogios quanto as orientações. **(AT, E)** • Comunica as informações recebidas de seu superior de forma clara e objetiva aos seus subordinados e/ou pares, assumindo integralmente o compromisso pela orientação institucional. **(AT, E)**	**ESSENCIAL**
COMPROMISSO COM A QUALIDADE	*Capacidade de agir com foco na segurança e na melhoria contínua dentro de seu setor e nas interfaces dos processos, visando a obtenção e manutenção de padrões e certificações de qualidade.*	• Cumpre e faz cumprir as normas e protocolos institucionais, apoiando integralmente a unidade em seus projetos de qualidade e diretrizes. **(AT, E)** • Realiza treinamentos com a sua equipe com foco na melhoria dos processos, redução de custos e/ou para a obtenção de metas e resultados. **(AT, E)** • Executa os planos de ação (PDI) da sua avaliação de desempenho, bem como acompanha os planos de ação de seus colaboradores, atualizando-os no sistema antes do vencimento dos mesmos. **(AT, E)**	**COMPLEMENTAR**
PLANEJAMENTO	*Capacidade de organizar ações de forma a facilitar a execução dos objetivos, estabelecendo metas, prazos e acompanhando sua equipe e seus resultados.*	• Utiliza adequadamente as ferramentas da qualidade para organização do seu planejamento de trabalho e o da sua equipe (agenda, cronogramas, PDCA, etc.). **(AT, E)** • Reavalia e/ou participa da Análise Critica Global semestralmente, por meio de reuniões registradas, compartilhando com a sua equipe e/ou superior as metas alcançadas e as ações de melhorias. **(AT, E)**	**ESSENCIAL**

Cargo / Centro de Custo / Unidade

ENFERMEIRO ROTINA / HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS

RESILIÊNCIA	*Capacidade de entender e agir proativamente frente a situações novas, aceitando as mudanças e buscando formas diferentes de obter resultados para as pessoas e também para a organização.*	• Mostra capacidade de se adequar às mudanças e de ser flexível, sem atitudes resistentes diante das divergências de opiniões. **(AT, E)** • Gerencia sua equipe e seu setor frente as intercorrências e alterações de planejamento, atuando de maneira pró-ativa diante da situação, sem que isso tenha que lhe ser cobrado do seu superior. **(AT, E)**	**COMPLEMENTAR**

COMPETÊNCIA TÉCNICA		INDICADORES	CATEGORIA
TÉCNICA	*Capacidade de colocar em prática conhecimentos técnicos e profissionais expressos nas Especificações do Cargo descritas no seu PEC.*	• Domina e utiliza as ferramentas de informática para gestão da sua área e equipe ou para a gestão do próprio trabalho. **(AT, E)** • Tem a formação acadêmica (Escolaridade – Ex.: Ensino Médio, Ensino Superior, etc.) adequada para o exercício do cargo que ocupa (conforme previsto no seu PEC). **(AT, E)** • Tem conhecimentos técnicos específicos da sua função e da sua área (contidos no PEC) para desempenhar suas atividades de forma tecnicamente competente. **(AT, E)**	**ESSENCIAL**

Nome do ocupante _____ **Assinatura** _____

ENFERMEIRO RT / HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS

DESCRIÇÃO DO CARGO

CÓDIGO / CBO: 1312-10

Atividades e Responsabilidades Essenciais

PRINCIPAIS ATIVIDADES:

01 - Gerenciar a administração técnica da assistência multiprofissional em todas as áreas de prestação de serviço desenvolvidas, por meio do planejamento, coordenação e avaliação de ações de saúde, tais como: estabelecimento de normas técnicas de funcionamento da unidade assistencial, bem como indicadores para mensuração dos resultados obtidos no intuito de assegurar todas as normas e diretrizes gerais dos programas de saúde desenvolvido pela Secretaria de Saúde e órgãos afins, com base no perfil epidemiológico da unidade;

02 - Elaborar, mensurar e analisar indicadores e processos da Gestão da qualidade, sempre focando na excelência e satisfação dos serviços oferecidos, mensalmente ou conforme periodicidade estabelecida para acompanhamento, propondo estratégias para ações de melhoria ou de barreiras quando necessário, informando a Direção da unidade dados para tomada de decisão ou prestação de contas, em conformidade com o plano de trabalho e orçamento disposto;

03 - Monitorar desenvolvimento das tarefas pela equipe de trabalho e realizar avaliação de desempenho conforme estabelecido na política de gestão de pessoas propondo planos de ação sempre que necessário para trabalhar a gestão por competências relacionadas aos cargos;

04 - Planejar e realizar ciclo de capacitação conforme levantamento de necessidades de treinamento e desenvolvimento das equipes assistenciais/ multiprofissionais sob sua liderança, baseados em quebra/ falhas de processos e oportunidades de trabalhos de gaps profissionais, avaliando no final a eficácia desta capacitação e os resultados obtidos. Ainda sobre esta tarefa, deverá ser acompanhado uma sistemática para as aplicações dos treinamentos; buscando práticas e/ ou metodologias atuais para sua execução bem como conscientizar os colaboradores quanto à importância de participar destas atividades educacionais e participar da realização de eventos técnicos e sociais, quando necessário;

05 - Fazer estudos e previsão de recursos humanos, estruturais, insumos e demais custos necessários às atividades, elaborando escalas de serviço e atribuições especificas, controlando equipamentos, materiais permanentes e de consumo, para assegurar o desempenho adequado dos trabalhos da equipe assistencial/ multiprofissional;

06 - Acompanhar fiscalização dos órgãos de classe e/ conselhos profissionais, e Secretaria de saúde, sempre que necessário, monitorando pendências ou obrigações a cumprir, recebimento de ofícios e relatórios de órgãos fiscalizatórios, fornecendo, sempre que necessário ou solicitado por órgãos competentes;

07 - Liderar a equipe assistencial/ multiprofissional sob sua responsabilidade, garantindo metas estabelecidas, sejam contratualizadas ou organizacionais, propondo sempre que necessários ciclos de melhoria ou reuniões estratégicas com seus Coordenadores de áreas, trabalhando de forma interconectada com as demais Coordenações, Gerências e Direção da instituição;

08 - Participar do planejamento estratégico da entidade junto a Direção, de reuniões com setores da instituição e Secretaria de Saúde/ órgãos afins sempre que necessário;

09 - Realizar reunião periódica com as equipes para monitoramento das atividades em curso e projetadas, assim como reavaliar em conjunto os indicadores de prestação de contas/ estratégicos;

10 - Participar da seleção, contratação e demissão de pessoal, providenciando manutenção quando necessário;

11 - Participar das reuniões do Grupo Gestor e Comissão de Controle de Infecção Hospitalar, como membro efetivo destes, participando do planejamento, execução e avaliação dos protocolos assistenciais/ multiprofissionais;

12 - Participar das demais comissões hospitalares, quando for convocada ou quando julgar que a comissão define assuntos pertinentes aos serviços assistenciais/ multiprofissionais;

Cargo / Centro de Custo / Unidade

ENFERMEIRO RT / HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS

13 - Planejar, organizar e administrar o serviço na unidade, desenvolvendo atividades técnico-administrativas na elaboração de normas, instruções, roteiros e rotinas específicas, para padronizar procedimentos e racionalizar os trabalhos, no sentido de servirem de apoio a atividades afins, juntamente com seus Coordenadores de Áreas;

14 - Estabelecer junto às coordenações das escolas técnicas e de graduação a inserção do estagiário e acadêmico segundo todas recomendações e acordos com SESMT e órgãos reguladores (MEC/ conselhos profissionais) no recebimento e distribuição dos mesmos;

RESPONSABILIDADES INSTITUCIONAIS:

01 - Garantir que as metas, estratégias, políticas e objetivos do Planejamento Estratégico sejam divulgados e entendidos por todos os colaboradores;

02 - Cumprir e fazer cumprir na sua área, a legislação vigente, o Regulamento, as Normas, Valores e Projetos Institucionais;

03 - Gerenciar os processos de sua área em sintonia com as outras áreas e lideranças para o alcance dos resultados Institucionais;

04 - Avaliar e acompanhar o desempenho de seus colaboradores dentro do modelo de “Gestão por Competências”, monitorando os planos de ação sem deixar que os prazos expirem e registrando feedbacks constantes, conforme padrão adotado pela instituição;

05 - Realizar outras atividades correlatas e/ou inerentes à sua função conforme descritas no respectivo Perfil Profissiográfico Previdenciário e/ou quando solicitadas pelo superior imediato.

ESPECIFICAÇÕES DO CARGO

Formação	MÍNIMO NECESSÁRIO * (Obrigatório): Pós-graduação - Curso: Superior Completo em Enfermagem	**Experiência**	Desejável de 06 meses a 01 ano no exercício do próprio cargo;
Preferências	**Sexo**: Ambos **Idade acima de**: 24	**Informática**	- Conhecimentos informática; - Pacote office básico (Word, Excel, Power Point); - TOTVS; - SigQuali; - Fluig; - GCPEC.
Conhecimento Técnico Específico	- Conhecimento da lei nº 7498, 25 de junho de 1986 lei do exercício das atividades da enfermagem; - Domínio da utilização da SHE e dimencionamento nas áreas assistenciais; - Conhecimento de gestão hospitalar e a inserção da assistência; - Domínio dos indicadores gerenciais que envolve o processo assistencial; - Conhecimento das normas regulamentadoras dos orgãoes	**Observações**	Necessário registro ativo no conselho da categoria.

oficiais que padronizam e fundamentam a assistência como as rdc's e Anvisa;

- Domínio e conhecimento nas ferramentas da qualidade para planejamento, avaliação da assistência;

-Conhecimento de Infecção Hospitalar;

- Domínio de segurança do paciente;
- Noção das ferramentas de qualidade;

- Conhecimento de tecnologias na área da saúde;

- Conhecimento de gestão de pessoas;

- Conhecimento dos equipamentos e materiais críticos do setor.

Cargo / Centro de Custo / Unidade

ENFERMEIRO RT / HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS

COMPETÊNCIA ORGANIZACIONAL		INDICADORES	CATEGORIA
HUMANIZAÇÃO	*Capacidade de conhecer o cliente, agir com empatia, valorizando suas necessidades, fornecendo soluções e tratamento que atendam e superem as suas expectativas.*	• Demonstra controle emocional e paciência no relacionamento com os outros e na condução de situações mais difíceis de trabalho. **(AT, E)** • Resolve as dúvidas e situações de atendimento ou encaminha as pessoas aos setores devidos, com uma atitude de acolhimento e interesse, mesmo quando não é solicitado. **(AT, E)**	**COMPLEMENTAR**
COMPROMETIMENTO	*Capacidade de assumir a responsabilidade na busca pela resolução de problemas e condução de situações cotidianas, demonstrando interesse, dedicação e iniciativa na busca pelos melhores resultados, conforme a missão da instituição.*	• Dedica-se em seu trabalho com qualidade, cumprindo os prazos e as metas estabelecidas. **(AT, E)** • Atua na solução dos problemas, mesmo que tenham sido causados por outro profissional, demonstrando comprometimento com o seu trabalho na instituição. **(AT, E)**	**ESSENCIAL**
ÉTICA	*Capacidade de agir de forma honesta e respeitosa, na sua conduta pessoal e profissional, com sigilo das informações, discrição nos comentários e coerência nas ações, com base em critérios justos e transparentes.*	• Tem uma postura respeitosa e íntegra, assumindo seus erros de forma transparente e colocando-se à disposição para corrigi-los prontamente. **(AT, E)** • Mantém sigilo e discrição das informações da instituição, pacientes e colegas de trabalho, não divulgando imagens e informações em ambiente interno, externo ou rede sociais. **(AT, E)**	**COMPLEMENTAR**

COMPETÊNCIA LIDERANÇA		INDICADORES	CATEGORIA
COMUNICAÇÃO	*Capacidade de se expressar e ouvir o outro, transmitir ideias de forma clara, objetiva e imparcial, promovendo "Feedback" sempre que necessário e aceitando retorno sobre seu próprio desempenho.*	• Dá feedback individualizado para seus colaboradores, sobre as tarefas executadas e os comportamentos adotados, registrando por escrito tanto os elogios quanto as orientações. **(AT, E)** • Comunica as informações recebidas de seu superior de forma clara e objetiva aos seus subordinados e/ou pares, assumindo integralmente o compromisso pela orientação institucional. **(AT, E)**	**COMPLEMENTAR**
COMPROMISSO COM A QUALIDADE	*Capacidade de agir com foco na segurança e na melhoria contínua dentro de seu setor e nas interfaces dos processos, visando a obtenção e manutenção de padrões e certificações de qualidade.*	• Cumpre e faz cumprir as normas e protocolos institucionais, apoiando integralmente a unidade em seus projetos de qualidade e diretrizes. **(AT, E)** • Realiza treinamentos com a sua equipe com foco na melhoria dos processos, redução de custos e/ou para a obtenção de metas e resultados. **(AT, E)** • Executa os planos de ação (PDI) da sua avaliação de desempenho, bem como acompanha os planos de ação de seus colaboradores, atualizando-os no sistema antes do vencimento dos mesmos. **(AT, E)**	**ESSENCIAL**
PLANEJAMENTO	*Capacidade de organizar ações de forma a facilitar a execução dos objetivos, estabelecendo metas, prazos e acompanhando sua equipe e seus resultados.*	• Utiliza adequadamente as ferramentas da qualidade para organização do seu planejamento de trabalho e o da sua equipe (agenda, cronogramas, PDCA, etc.). **(AT, E)** • Reavalia e/ou participa da Análise Critica Global semestralmente, por meio de reuniões registradas, compartilhando com a sua equipe e/ou superior as metas alcançadas e as ações de melhorias. **(AT, E)**	**ESSENCIAL**

Cargo / Centro de Custo / Unidade

ENFERMEIRO RT / HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS

RESILIÊNCIA	*Capacidade de entender e agir proativamente frente a situações novas, aceitando as mudanças e buscando formas diferentes de obter resultados para as pessoas e também para a organização.*	• Mostra capacidade de se adequar às mudanças e de ser flexível, sem atitudes resistentes diante das divergências de opiniões. **(AT, E)** • Gerencia sua equipe e seu setor frente as intercorrências e alterações de planejamento, atuando de maneira pró-ativa diante da situação, sem que isso tenha que lhe ser cobrado do seu superior. **(AT, E)**	**COMPLEMENTAR**

COMPETÊNCIA TÉCNICA		INDICADORES	CATEGORIA
TÉCNICA	*Capacidade de colocar em prática conhecimentos técnicos e profissionais expressos nas Especificações do Cargo descritas no seu PEC.*	• Domina e utiliza as ferramentas de informática para gestão da sua área e equipe ou para a gestão do próprio trabalho. **(AT, E)** • Tem a formação acadêmica (Escolaridade – Ex.: Ensino Médio, Ensino Superior, etc.) adequada para o exercício do cargo que ocupa (conforme previsto no seu PEC). **(AT, E)** • Tem conhecimentos técnicos específicos da sua função e da sua área (contidos no PEC) para desempenhar suas atividades de forma tecnicamente competente. **(AT, E)**	**ESSENCIAL**

Nome do ocupante _____ **Assinatura** _____

FARMACÊUTICO RT / HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS

DESCRIÇÃO DO CARGO

CÓDIGO / CBO: 2234-05

Atividades e Responsabilidades Essenciais

PRINCIPAIS ATIVIDADES:

01 - Coordenar os serviços de dispensação e distribuição de insumos corretamente as tarefas burocráticas que possibilitam melhor funcionamento da área, com reflexos na organização;

02 - Assumir a responsabilidade técnica nas discussões para seleção e aquisição de medicamentos, germicidas e correlatos, garantindo sua qualidade e otimizando a terapia medicamentosa; controlar o fluxo de medicamentos, não deixando faltar qualquer tipo que seja necessário e fundamental ao funcionamento do HMTJ e melhoria do paciente;

03 - Coordenar medicamentos, material médico, material de consumo; coordenar e gerenciar pessoal sob sua responsabilidade;

04 - Coordenar CFT(comissão de farmácia terapêutica) e implementar a política de medicamentos da Instituição, respondendo tecnicamente pelos procedimentos que envolvem a qualidade de medicamentos utilizados pela Instituição;

05 - Estabelecer um sistema, eficiente, eficaz e seguro de dispensação, para pacientes ambulatoriais e internados, de acordo com as condições técnicas hospitalares, onde ele se efetive;

06 - Exercer atividades formativas sobre matérias de sua competência, promovendo educação permanente criando um Setor de Informações de Medicamentos, de acordo com as condições do hospital;

07 - Normatizar uso de medicamentos; planejar ações de assistência farmacêutica; implementar ações de assistência farmacêutica; participar de ações de vigilância epidemiológica;

08 - Participar na discussão de políticas públicas de saúde; na elaboração de políticas de medicamento; propor protocolos de tratamento e no programa de fármaco-vigilância do hospital;

09 - Requisitar e controlar entorpecentes e psicotrópicos, apresentando a receita médica devidamente preenchida e dando saída no "livro eletrônico", para evitar desvios dos mesmos, atendendo às disposições legais;

10 - Supervisionar todos os procedimentos pertinentes à farmácia do Hospital; armazenamento, distribuição e transporte de produtos, comprovando origem dos produtos; fixando critérios de armazenamento; fracionando produtos; assegurar condições de entrega e colaborar na definição de logística de distribuição;

11 - Gerenciar consumo de mat/met, analisar e justificar todas as diferenças para o setor de suprimentos e custos (mensalmente até 05 de cada mês)

RESPONSABILIDADES INSTITUCIONAIS:

01 - Garantir que as metas, estratégias, políticas e objetivos do Planejamento Estratégico sejam divulgados e entendidos por todos os colaboradores;

02 - Cumprir e fazer cumprir na sua área, a legislação vigente, o Regulamento, as Normas, Valores e Projetos Institucionais;

03 - Gerenciar os processos de sua área em sintonia com as outras áreas e lideranças para o alcance dos resultados Institucionais;

04 - Avaliar e acompanhar o desempenho de seus colaboradores dentro do modelo de “Gestão por Competências”, monitorando os planos de ação sem deixar que os prazos expirem e registrando feedbacks constantes, conforme padrão adotado pela instituição;

05 - Realizar outras atividades correlatas e/ou inerentes à sua função conforme descritas no

Cargo / Centro de Custo / Unidade

FARMACÊUTICO RT / HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS

respectivo Perfil Profissiográfico Previdenciário e/ou quando solicitadas pelo superior imediato.

ESPECIFICAÇÕES DO CARGO

Formação	MÍNIMO NECESSÁRIO * (Obrigatório): Superior Completo - Curso: Farmácia DESEJÁVEL (Bom se tivesse, mas não é obrigatório): Pós-graduação - Curso: Farmácia Clinica	**Experiência**	Desejável de 06 meses a 01 ano no exercício do próprio cargo
Preferências	**Sexo**: Ambos **Idade acima de**: 25	**Informática**	- Conhecimentos informática; - Pacote office básico (Word, Excel, Power Point); - TOTVS; - SigQuali; - Fluig; - GCPEC.
Conhecimento Técnico Específico	- Noção: Fluxo de recepção; Fluxo de agendamento de medicamentos; SESMT; Fluxos administrativos; - Conhecimento: Técnica de administração de medicamentos pela enfermagem (rotina de trabalho do setor); - Domínio: legislações 344/98 (psicotrópica); RDC 36 (segurança do paciente) dentre outras; Garantir uso seguro de medicação; Consumo de Mat/Med; Lista de mat/med padronizado; Armazenamento de insumos (mat/met) Custo hospitalar; Ferramentas da qualidade. - Conhecimento dos equipamentos e materiais críticos do setor	**Observações**	Necessário registro ativo no conselho da categoria.

Cargo / Centro de Custo / Unidade

FARMACÊUTICO RT / HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS

Cargo / Centro de Custo / Unidade

FARMACÊUTICO RT / HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS

COMPETÊNCIA ORGANIZACIONAL		INDICADORES	CATEGORIA
HUMANIZAÇÃO	*Capacidade de conhecer o cliente, agir com empatia, valorizando suas necessidades, fornecendo soluções e tratamento que atendam e superem as suas expectativas.*	• Demonstra controle emocional e paciência no relacionamento com os outros e na condução de situações mais difíceis de trabalho. **(AT, E)** • Resolve as dúvidas e situações de atendimento ou encaminha as pessoas aos setores devidos, com uma atitude de acolhimento e interesse, mesmo quando não é solicitado. **(AT, E)**	**COMPLEMENTAR**
COMPROMETIMENTO	*Capacidade de assumir a responsabilidade na busca pela resolução de problemas e condução de situações cotidianas, demonstrando interesse, dedicação e iniciativa na busca pelos melhores resultados, conforme a missão da instituição.*	• Dedica-se em seu trabalho com qualidade, cumprindo os prazos e as metas estabelecidas. **(AT, E)** • Atua na solução dos problemas, mesmo que tenham sido causados por outro profissional, demonstrando comprometimento com o seu trabalho na instituição. **(AT, E)**	**COMPLEMENTAR**
ÉTICA	*Capacidade de agir de forma honesta e respeitosa, na sua conduta pessoal e profissional, com sigilo das informações, discrição nos comentários e coerência nas ações, com base em critérios justos e transparentes.*	• Tem uma postura respeitosa e íntegra, assumindo seus erros de forma transparente e colocando-se à disposição para corrigi-los prontamente. **(AT, E)** • Mantém sigilo e discrição das informações da instituição, pacientes e colegas de trabalho, não divulgando imagens e informações em ambiente interno, externo ou rede sociais. **(AT, E)**	**ESSENCIAL**

COMPETÊNCIA LIDERANÇA		INDICADORES	CATEGORIA
COMUNICAÇÃO	*Capacidade de se expressar e ouvir o outro, transmitir ideias de forma clara, objetiva e imparcial, promovendo "Feedback" sempre que necessário e aceitando retorno sobre seu próprio desempenho.*	• Dá feedback individualizado para seus colaboradores, sobre as tarefas executadas e os comportamentos adotados, registrando por escrito tanto os elogios quanto as orientações. **(AT, E)** • Comunica as informações recebidas de seu superior de forma clara e objetiva aos seus subordinados e/ou pares, assumindo integralmente o compromisso pela orientação institucional. **(AT, E)**	**COMPLEMENTAR**
COMPROMISSO COM A QUALIDADE	*Capacidade de agir com foco na segurança e na melhoria contínua dentro de seu setor e nas interfaces dos processos, visando a obtenção e manutenção de padrões e certificações de qualidade.*	• Cumpre e faz cumprir as normas e protocolos institucionais, apoiando integralmente a unidade em seus projetos de qualidade e diretrizes. **(AT, E)** • Realiza treinamentos com a sua equipe com foco na melhoria dos processos, redução de custos e/ou para a obtenção de metas e resultados. **(AT, E)** • Executa os planos de ação (PDI) da sua avaliação de desempenho, bem como acompanha os planos de ação de seus colaboradores, atualizando-os no sistema antes do vencimento dos mesmos. **(AT, E)**	**ESSENCIAL**
PLANEJAMENTO	*Capacidade de organizar ações de forma a facilitar a execução dos objetivos, estabelecendo metas, prazos e acompanhando sua equipe e seus resultados.*	• Utiliza adequadamente as ferramentas da qualidade para organização do seu planejamento de trabalho e o da sua equipe (agenda, cronogramas, PDCA, etc.). **(AT, E)** • Reavalia e/ou participa da Análise Critica Global semestralmente, por meio de reuniões registradas, compartilhando com a sua equipe e/ou superior as metas alcançadas e as ações de melhorias. **(AT, E)**	**ESSENCIAL**

Cargo / Centro de Custo / Unidade

FARMACÊUTICO RT / HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS

RESILIÊNCIA	*Capacidade de entender e agir proativamente frente a situações novas, aceitando as mudanças e buscando formas diferentes de obter resultados para as pessoas e também para a organização.*	• Mostra capacidade de se adequar às mudanças e de ser flexível, sem atitudes resistentes diante das divergências de opiniões. **(AT, E)** • Gerencia sua equipe e seu setor frente as intercorrências e alterações de planejamento, atuando de maneira pró-ativa diante da situação, sem que isso tenha que lhe ser cobrado do seu superior. **(AT, E)**	**COMPLEMENTAR**

COMPETÊNCIA TÉCNICA		INDICADORES	CATEGORIA
TÉCNICA	*Capacidade de colocar em prática conhecimentos técnicos e profissionais expressos nas Especificações do Cargo descritas no seu PEC.*	• Domina e utiliza as ferramentas de informática para gestão da sua área e equipe ou para a gestão do próprio trabalho. **(AT, E)** • Tem a formação acadêmica (Escolaridade – Ex.: Ensino Médio, Ensino Superior, etc.) adequada para o exercício do cargo que ocupa (conforme previsto no seu PEC). **(AT, E)** • Tem conhecimentos técnicos específicos da sua função e da sua área (contidos no PEC) para desempenhar suas atividades de forma tecnicamente competente. **(AT, E)**	**ESSENCIAL**

Nome do ocupante _____ **Assinatura** _____

Cargo / Centro de Custo / Unidade

FISIOTERAPEUTA RT / HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS

DESCRIÇÃO DO CARGO

CÓDIGO / CBO: 2236-05

Atividades e Responsabilidades Essenciais

PRINCIPAIS ATIVIDADES:

01 - Definir instruções de trabalho, estabelecendo normas técnicas para o funcionamento do serviço de fisioterapia, alinhando todas as ações com os colaboradores do setor sempre que necessário.

02 - Criar, organizar e acompanhar o fluxo de atendimento fisioterapêutico em todas as áreas de atuação no ambiente hospitalar mensalmente;

03 - Controlar e organizar a utilização de equipamentos, bem como gerenciar ações preventivas de sua utilização mensalmente;

04 - Identificar, estabelecer e controlar materiais necessários para diagnóstico e tratamento dos pacientes mensalmente;

05 - Elaborar e planejar ações estratégicas para funcionamento adequado das diretrizes setoriais semestralmente;

06 - Implementar, controlar e avaliar indicadores que representam o funcionamento do serviço na instituição mensalmente;

07 - Delegar, treinar e avaliar atividades propostas aos demais colaboradores do setor mensalmente ou quando necessário;

08 - Buscar estratégias para a adequação das metas para o setor;

09 - Realizar conferência mensal dos registros de ponto, atendimentos ambulatoriais e avaliação de custos relacionados ao serviço;

10 - Realizar mensalmente relatórios de controle dos indicadores;

11 - Adotar as políticas de qualidade na gestão de processos e gerenciamento da prestação de serviços em cada setor que envolva a fisioterapia.

RESPONSABILIDADES INSTITUCIONAIS:

01 - Garantir que as metas, estratégias, políticas e objetivos do Planejamento Estratégico sejam divulgados e entendidos por todos os colaboradores;

02 - Cumprir e fazer cumprir na sua área, a legislação vigente, o Regulamento, as Normas, Valores e Projetos Institucionais;

03 - Gerenciar os processos de sua área em sintonia com as outras áreas e lideranças para o alcance dos resultados Institucionais;

04 - Avaliar e acompanhar o desempenho de seus colaboradores dentro do modelo de “Gestão por Competências”, monitorando os planos de ação sem deixar que os prazos expirem e registrando feedbacks constantes, conforme padrão adotado pela instituição;

05 - Realizar outras atividades correlatas e/ou inerentes à sua função conforme descritas no respectivo Perfil Profissiográfico Previdenciário e/ou quando solicitadas pelo superior imediato.

ESPECIFICAÇÕES DO CARGO

Formação	MÍNIMO NECESSÁRIO * (Obrigatório) - Superior Completo - Fisioterapia e Título de Especialista COFFITO/ASSOBRAFIR DESEJÁVEL (Bom se tivesse, mas não é obrigatório) - Pós-graduação - Gestão Hospitalar, Gestão de Pessoas, Pós Graduação em Fisioterapia Intensiva ou Áreas Afins	**Experiência**	Desejável de 06 meses a 01 ano no exercício do próprio cargo;

Cargo / Centro de Custo / Unidade

FISIOTERAPEUTA RT / HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS

Preferências	**Sexo**: Ambos **Idade acima de**: 26	**Informática**	- Conhecimentos informática; - Pacote office básico (Word, Excel, Power Point); - TOTVS; - SigQuali; - Fluig; - GCPEC.
Conhecimento Técnico Específico	- Noção da legislação trabalhista vigente; - Noção da legislação do CREFITO; - Noção de gestão acadêmica (Envolvimento com a Faculdade Suprema); - Conhecimento dos procedimentos fisioterapêuticos em cada área de atuação; - Conhecimento da utilização de técnicas e recursos fisioterapêuticos em cada área; - Noção de ferramentas da qualidade; - Domínio das necessidades assistenciais para prestação do serviço; - Noção do gerenciamento de fluxos de atendimento ambulatorial; - Conhecimento dos equipamentos e materiais críticos do setor.	**Observações**	Necessário registro ativo no conselho da categoria.

Cargo / Centro de Custo / Unidade

FISIOTERAPEUTA RT / HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS

COMPETÊNCIA ORGANIZACIONAL		INDICADORES	CATEGORIA
HUMANIZAÇÃO	*Capacidade de conhecer o cliente, agir com empatia, valorizando suas necessidades, fornecendo soluções e tratamento que atendam e superem as suas expectativas.*	• Demonstra controle emocional e paciência no relacionamento com os outros e na condução de situações mais difíceis de trabalho. **(AT, E)** • Resolve as dúvidas e situações de atendimento ou encaminha as pessoas aos setores devidos, com uma atitude de acolhimento e interesse, mesmo quando não é solicitado. **(AT, E)**	**COMPLEMENTAR**
COMPROMETIMENTO	*Capacidade de assumir a responsabilidade na busca pela resolução de problemas e condução de situações cotidianas, demonstrando interesse, dedicação e iniciativa na busca pelos melhores resultados, conforme a missão da instituição.*	• Dedica-se em seu trabalho com qualidade, cumprindo os prazos e as metas estabelecidas. **(AT, E)** • Atua na solução dos problemas, mesmo que tenham sido causados por outro profissional, demonstrando comprometimento com o seu trabalho na instituição. **(AT, E)**	**ESSENCIAL**
ÉTICA	*Capacidade de agir de forma honesta e respeitosa, na sua conduta pessoal e profissional, com sigilo das informações, discrição nos comentários e coerência nas ações, com base em critérios justos e transparentes.*	• Tem uma postura respeitosa e íntegra, assumindo seus erros de forma transparente e colocando-se à disposição para corrigi-los prontamente. **(AT, E)** • Mantém sigilo e discrição das informações da instituição, pacientes e colegas de trabalho, não divulgando imagens e informações em ambiente interno, externo ou rede sociais. **(AT, E)**	**COMPLEMENTAR**

COMPETÊNCIA LIDERANÇA		INDICADORES	CATEGORIA
COMUNICAÇÃO	*Capacidade de se expressar e ouvir o outro, transmitir ideias de forma clara, objetiva e imparcial, promovendo "Feedback" sempre que necessário e aceitando retorno sobre seu próprio desempenho.*	• Dá feedback individualizado para seus colaboradores, sobre as tarefas executadas e os comportamentos adotados, registrando por escrito tanto os elogios quanto as orientações. **(AT, E)** • Comunica as informações recebidas de seu superior de forma clara e objetiva aos seus subordinados e/ou pares, assumindo integralmente o compromisso pela orientação institucional. **(AT, E)**	**ESSENCIAL**
COMPROMISSO COM A QUALIDADE	*Capacidade de agir com foco na segurança e na melhoria contínua dentro de seu setor e nas interfaces dos processos, visando a obtenção e manutenção de padrões e certificações de qualidade.*	• Cumpre e faz cumprir as normas e protocolos institucionais, apoiando integralmente a unidade em seus projetos de qualidade e diretrizes. **(AT, E)** • Realiza treinamentos com a sua equipe com foco na melhoria dos processos, redução de custos e/ou para a obtenção de metas e resultados. **(AT, E)** • Executa os planos de ação (PDI) da sua avaliação de desempenho, bem como acompanha os planos de ação de seus colaboradores, atualizando-os no sistema antes do vencimento dos mesmos. **(AT, E)**	**ESSENCIAL**
PLANEJAMENTO	*Capacidade de organizar ações de forma a facilitar a execução dos objetivos, estabelecendo metas, prazos e acompanhando sua equipe e seus resultados.*	• Utiliza adequadamente as ferramentas da qualidade para organização do seu planejamento de trabalho e o da sua equipe (agenda, cronogramas, PDCA, etc.). **(AT, E)** • Reavalia e/ou participa da Análise Critica Global semestralmente, por meio de reuniões registradas, compartilhando com a sua equipe e/ou superior as metas alcançadas e as ações de melhorias. **(AT, E)**	**COMPLEMENTAR**

Cargo / Centro de Custo / Unidade

FISIOTERAPEUTA RT / HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS

RESILIÊNCIA	*Capacidade de entender e agir proativamente frente a situações novas, aceitando as mudanças e buscando formas diferentes de obter resultados para as pessoas e também para a organização.*	• Mostra capacidade de se adequar às mudanças e de ser flexível, sem atitudes resistentes diante das divergências de opiniões. **(AT, E)** • Gerencia sua equipe e seu setor frente as intercorrências e alterações de planejamento, atuando de maneira pró-ativa diante da situação, sem que isso tenha que lhe ser cobrado do seu superior. **(AT, E)**	**COMPLEMENTAR**

COMPETÊNCIA TÉCNICA		INDICADORES	CATEGORIA
TÉCNICA	*Capacidade de colocar em prática conhecimentos técnicos e profissionais expressos nas Especificações do Cargo descritas no seu PEC.*	• Domina e utiliza as ferramentas de informática para gestão da sua área e equipe ou para a gestão do próprio trabalho. **(AT, E)** • Tem a formação acadêmica (Escolaridade – Ex.: Ensino Médio, Ensino Superior, etc.) adequada para o exercício do cargo que ocupa (conforme previsto no seu PEC). **(AT, E)** • Tem conhecimentos técnicos específicos da sua função e da sua área (contidos no PEC) para desempenhar suas atividades de forma tecnicamente competente. **(AT, E)**	**ESSENCIAL**

Nome do ocupante _____ **Assinatura** _____

DESCRIÇÃO DO CARGO

CÓDIGO / CBO: 2238-10

Atividades e Responsabilidades Essenciais

PRINCIPAIS ATIVIDADES:

01 - Conduzir a promoção da saúde, prevenção, avaliação e diagnóstico, orientação, terapia (habilitação e reabilitação) e aperfeiçoamento dos aspectos fonoaudiológicos da voz, da fluência, da articulação da fala e dos sistemas miofuncional, orofacial, cervical e de deglutição;

02 - Aplicar procedimentos fonoaudiólogos e reorientar condutas terapêuticas; dar parecer na área de comunicação oral, voz e deglutição; desenvolver trabalho de prevenção no que se refere à área de comunicação oral, voz e deglutição;

03 - Efetuar avaliação e diagnóstico, avaliando o desenvolvimento neuro-psico-motor, fluência, fala, funções orofaciais, linguagem oral, voz, deglutição, funções percepto-cognitivas, condições para o desempenho ocupacional, aspectos sócio-culturais; solicitar exames complementares e efetuar exames/avaliações pré e pós-operatórios; analisar exames e avaliações clínicas de outros profissionais; participar de diagnóstico interdisciplinar; dar devolutiva da avaliação;

04 - Orientar pacientes, familiares e responsáveis, explicando os procedimentos e rotinas; verificando técnicas e a compreensão da orientação; esclarecer dúvidas; participar de equipes de diagnóstico, realizando a avaliação da comunicação oral, voz e deglutição;

05 - Realizar terapia dos problemas de comunicação oral, voz e deglutição e realizar o aperfeiçoamento dos padrões da voz e fala; tratar pacientes, elegendo procedimentos terapêuticos; tratar distúrbios vocais, alterações da fala, da linguagem oral, deglutição, fluência, funções orofaciais; desenvolver cognição; adequar funções percepto-cognitivas; avaliar resultados do tratamento; dar alta;

06 - Desenvolver programas de prevenção, promoção de saúde e qualidade de vida;

07 - Elaborar relatórios e laudos;

08 - Estabelecer fluxo de atendimentos e rotinas do setor de fonoaudiologia;

09 - Implantar protocolos clínicos e multiprofissionais;

10 - Analisar análise dos indicadores sistêmicos e setoriais;

11 - Realizar análise crítica dos indicadores de qualidade;

12 - Elaborar procedimentos operacionais padrão e sistêmicos;

13- Gerenciar risco do setor de fonoaudiologia e multiprofissional;

14 - Utilizar recursos de informática;

15 - Executar outras tarefas de mesma natureza e nível de complexidade associadas ao ambiente organizacional.

RESPONSABILIDADES INSTITUCIONAIS:

01 - Garantir que as metas, estratégias, políticas e objetivos do Planejamento Estratégico sejam divulgados e entendidos por todos os colaboradores;

02 - Cumprir e fazer cumprir na sua área, a legislação vigente, o Regulamento, as Normas, Valores e Projetos Institucionais;

03 - Gerenciar os processos de sua área em sintonia com as outras áreas e lideranças para o alcance dos resultados Institucionais.

04 - Avaliar e acompanhar o desempenho de seus colaboradores dentro do modelo de “Gestão

por Competências", monitorando os planos de ação sem deixar que os prazos expirem e registrando feedbacks constantes, conforme padrão adotado pela instituição.

05 - Realizar outras atividades correlatas e/ou inerentes à sua função conforme descritas no respectivo Perfil Profissiográfico Previdenciário e/ou quando solicitadas pelo superior imediato.

ESPECIFICAÇÕES DO CARGO

Formação	MÍNIMO NECESSÁRIO * (Obrigatório): Superior Completo - Curso: Fonoaudiologia DESEJÁVEL (Bom se tivesse, mas não é obrigatório): Pós-graduação - Curso: Fonoaudiologia Hospitalar, Especialista em Disfagia	**Experiência**	Desejável de 06 meses a 01 ano no exercício do próprio cargo
Preferências	**Sexo**: Ambos **Idade acima de**: 25	**Informática**	- Conhecimentos informática; - Pacote office intermediário (Word, Excel, Power Point); - TOTVS; - SigQuali; - Fluig; - GCPEC.
Conhecimento Técnico Específico	- Conhecimento nos procedimentos fonoaudiológicos e condutas terapêuticas; - Domínio dos indicadores gerenciais; - Conhecimento de custos hospitalares; - Conhecimentos das ferramentas de qualidade como fluxograma de processos, diagrama de Ishikawa, entre outras; - Domínio dos software dos processos internos da instituição: Sigquali e Fluig;	**Observações**	

- Gerenciamento de riscos;

- Noções de liderança;

- Noções de marketing e empreendedorismo em saúde.

Cargo / Centro de Custo / Unidade

FONOAUDIOLOGO RT / HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS

COMPETÊNCIA ORGANIZACIONAL		INDICADORES	CATEGORIA
HUMANIZAÇÃO	*Capacidade de conhecer o cliente, agir com empatia, valorizando suas necessidades, fornecendo soluções e tratamento que atendam e superem as suas expectativas.*	• Demonstra controle emocional e paciência no relacionamento com os outros e na condução de situações mais difíceis de trabalho. **(AT, E)** • Resolve as dúvidas e situações de atendimento ou encaminha as pessoas aos setores devidos, com uma atitude de acolhimento e interesse, mesmo quando não é solicitado. **(AT, E)**	**COMPLEMENTAR**
COMPROMETIMENTO	*Capacidade de assumir a responsabilidade na busca pela resolução de problemas e condução de situações cotidianas, demonstrando interesse, dedicação e iniciativa na busca pelos melhores resultados, conforme a missão da instituição.*	• Dedica-se em seu trabalho com qualidade, cumprindo os prazos e as metas estabelecidas. **(AT, E)** • Atua na solução dos problemas, mesmo que tenham sido causados por outro profissional, demonstrando comprometimento com o seu trabalho na instituição. **(AT, E)**	**COMPLEMENTAR**
ÉTICA	*Capacidade de agir de forma honesta e respeitosa, na sua conduta pessoal e profissional, com sigilo das informações, discrição nos comentários e coerência nas ações, com base em critérios justos e transparentes.*	• Tem uma postura respeitosa e íntegra, assumindo seus erros de forma transparente e colocando-se à disposição para corrigi-los prontamente. **(AT, E)** • Mantém sigilo e discrição das informações da instituição, pacientes e colegas de trabalho, não divulgando imagens e informações em ambiente interno, externo ou rede sociais. **(AT, E)**	**ESSENCIAL**

COMPETÊNCIA LIDERANÇA		INDICADORES	CATEGORIA
COMUNICAÇÃO	*Capacidade de se expressar e ouvir o outro, transmitir ideias de forma clara, objetiva e imparcial, promovendo "Feedback" sempre que necessário e aceitando retorno sobre seu próprio desempenho.*	• Dá feedback individualizado para seus colaboradores, sobre as tarefas executadas e os comportamentos adotados, registrando por escrito tanto os elogios quanto as orientações. **(AT, E)** • Comunica as informações recebidas de seu superior de forma clara e objetiva aos seus subordinados e/ou pares, assumindo integralmente o compromisso pela orientação institucional. **(AT, E)**	**ESSENCIAL**
COMPROMISSO COM A QUALIDADE	*Capacidade de agir com foco na segurança e na melhoria contínua dentro de seu setor e nas interfaces dos processos, visando a obtenção e manutenção de padrões e certificações de qualidade.*	• Cumpre e faz cumprir as normas e protocolos institucionais, apoiando integralmente a unidade em seus projetos de qualidade e diretrizes. **(AT, E)** • Realiza treinamentos com a sua equipe com foco na melhoria dos processos, redução de custos e/ou para a obtenção de metas e resultados. **(AT, E)** • Executa os planos de ação (PDI) da sua avaliação de desempenho, bem como acompanha os planos de ação de seus colaboradores, atualizando-os no sistema antes do vencimento dos mesmos. **(AT, E)**	**COMPLEMENTAR**
PLANEJAMENTO	*Capacidade de organizar ações de forma a facilitar a execução dos objetivos, estabelecendo metas, prazos e acompanhando sua equipe e seus resultados.*	• Utiliza adequadamente as ferramentas da qualidade para organização do seu planejamento de trabalho e o da sua equipe (agenda, cronogramas, PDCA, etc.). **(AT, E)** • Reavalia e/ou participa da Análise Critica Global semestralmente, por meio de reuniões registradas, compartilhando com a sua equipe e/ou superior as metas alcançadas e as ações de melhorias. **(AT, E)**	**COMPLEMENTAR**

Cargo / Centro de Custo / Unidade

FONOAUDIOLOGO RT / HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS

RESILIÊNCIA	*Capacidade de entender e agir proativamente frente a situações novas, aceitando as mudanças e buscando formas diferentes de obter resultados para as pessoas e também para a organização.*	• Mostra capacidade de se adequar às mudanças e de ser flexível, sem atitudes resistentes diante das divergências de opiniões. **(AT, E)** • Gerencia sua equipe e seu setor frente as intercorrências e alterações de planejamento, atuando de maneira pró-ativa diante da situação, sem que isso tenha que lhe ser cobrado do seu superior. **(AT, E)**	**ESSENCIAL**

COMPETÊNCIA TÉCNICA		INDICADORES	CATEGORIA
TÉCNICA	*Capacidade de colocar em prática conhecimentos técnicos e profissionais expressos nas Especificações do Cargo descritas no seu PEC.*	• Domina e utiliza as ferramentas de informática para gestão da sua área e equipe ou para a gestão do próprio trabalho. **(AT, E)** • Tem a formação acadêmica (Escolaridade – Ex.: Ensino Médio, Ensino Superior, etc.) adequada para o exercício do cargo que ocupa (conforme previsto no seu PEC). **(AT, E)** • Tem conhecimentos técnicos específicos da sua função e da sua área (contidos no PEC) para desempenhar suas atividades de forma tecnicamente competente. **(AT, E)**	**ESSENCIAL**

Nome do ocupante _____ **Assinatura** _____

P.E.C. – PERFIL ESTRUTURADO POR COMPETÊNCIAS

Cargo / Centro de Custo / Unidade

NUTRICIONISTA RT / HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS

DESCRIÇÃO DO CARGO

CÓDIGO / CBO: 2237-10

Atividades e Responsabilidades Essenciais

PRINCIPAIS ATIVIDADES: 1) Atuar visando à segurança alimentar e a atenção dietética, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida do colaborador atendido e para recuperação nutricional do paciente;

2) Avaliar pacientes de acordo com o risco nutricional apresentado para adequações dietoterápicas

3) Elaborar e manter atualizado o Manual de boas práticas e as rotinas referente as atividades desenvolvidas, garantindo a segurança alimentar e a promoção de boas práticas alimentares;

4) Controlar e avaliar as atividades de promoção, prevenção, recuperação e assistência nutricional, bem como as ações da Vigilância Alimentar e Nutricional, em consonância com a política nacional do ministério da saúde;

5) Orientar pacientes e responsáveis quanto ao tratamento dietoterápico durante internação até alta hospitalar;

6) Inspecionar a elaboração das dietas hospitalares e informar a diretoria os problemas relacionados à alimentação do cliente, e qualquer fato que comprometa a qualidade dos alimentos;

7) Participar, juntamente com o RH, do processo de seleção e remoção de pessoal da sua área de competência;

8) Verificar o cumprimento da legislação vigente sobre alimentos, em especial aquela inerente a Vigilância Sanitária, garantindo a segurança e a qualidade dos alimentos e da prestação de serviço neste contexto.

9) Aprovar cardápios e dietas, supervisionar a empresa terceira quanto à estocagem, preparação, conservação e destruição da alimentação.

RESPONSABILIDADES INSTITUCIONAIS: 1) Garantir que as metas, estratégias, políticas e objetivos do Planejamento Estratégico sejam divulgados e entendidos por todos os colaboradores;

2) Cumprir e fazer cumprir na sua área, a legislação vigente, o Regulamento, as Normas, Valores e Projetos Institucionais;

3) Gerenciar os processos de sua área em sintonia com as outras áreas e lideranças para o alcance dos resultados Institucionais.

4) Avaliar e acompanhar o desempenho de seus colaboradores dentro do modelo de “Gestão por Competências”, monitorando os planos de ação sem deixar que os prazos expirem e registrando feedbacks constantes, conforme padrão adotado pela instituição.

5) Realizar outras atividades correlatas e/ou inerentes à sua função conforme descritas no respectivo Perfil Profissiográfico Previdenciário e/ou quando solicitadas pelo superior imediato.

ESPECIFICAÇÕES DO CARGO

Formação	MÍNIMO NECESSÁRIO * (Obrigatório): Superior Completo - Curso: Nutrição DESEJÁVEL (Bom se tivesse, mas não é obrigatório): Pós-graduação - Curso: Nutrição Clinica	**Experiência**	Desejável de 6 meses a 1 ano no exercício do próprio cargo;
Preferências	**Sexo**: Ambos **Idade acima de**: 23	**Informática**	Conhecimentos informática, TOTVS, Sigquali, Fluig

Conhecimento Técnico Específico	- Domínio das legislações especificas que garantem que o alimento seja seguro ao ser distribuído aos clientes atendidos; - Conhecimento na gestão de estoque; - Noção de planejamento e elaboração de cardápios; - Domínio nos tipos e variedades (consistências) de dietas hospitalares; - Domínio nas doenças que podem ser controladas através da alimentação.	**Observações**	

P.E.C. – PERFIL ESTRUTURADO POR COMPETÊNCIAS

Cargo / Centro de Custo / Unidade

NUTRICIONISTA RT / HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS

COMPETÊNCIA ORGANIZACIONAL		INDICADORES	CATEGORIA
HUMANIZAÇÃO	*Capacidade de conhecer o cliente, agir com empatia, valorizando suas necessidades, fornecendo soluções e tratamento que atendam e superem as suas expectativas.*	• Demonstra controle emocional e paciência no relacionamento com os outros e na condução de situações mais difíceis de trabalho. **(AT, E)** • Resolve as dúvidas e situações de atendimento ou encaminha as pessoas aos setores devidos, com uma atitude de acolhimento e interesse, mesmo quando não é solicitado. **(AT, E)**	**COMPLEMENTAR**
COMPROMETIMENTO	*Capacidade de assumir a responsabilidade na busca pela resolução de problemas e condução de situações cotidianas, demonstrando interesse, dedicação e iniciativa na busca pelos melhores resultados, conforme a missão da instituição.*	• Dedica-se em seu trabalho com qualidade, cumprindo os prazos e as metas estabelecidas. **(AT, E)** • Atua na solução dos problemas, mesmo que tenham sido causados por outro profissional, demonstrando comprometimento com o seu trabalho na instituição. **(AT, E)**	**COMPLEMENTAR**
ÉTICA	*Capacidade de agir de forma honesta e respeitosa, na sua conduta pessoal e profissional, com sigilo das informações, discrição nos comentários e coerência nas ações, com base em critérios justos e transparentes.*	• Tem uma postura respeitosa e íntegra, assumindo seus erros de forma transparente e colocando-se à disposição para corrigi-los prontamente. **(AT, E)** • Mantém sigilo e discrição das informações da instituição, pacientes e colegas de trabalho, não divulgando imagens e informações em ambiente interno, externo ou rede sociais. **(AT, E)**	**ESSENCIAL**

COMPETÊNCIA LIDERANÇA		INDICADORES	CATEGORIA
COMUNICAÇÃO	*Capacidade de se expressar e ouvir o outro, transmitir ideias de forma clara, objetiva e imparcial, promovendo "Feedback" sempre que necessário e aceitando retorno sobre seu próprio desempenho.*	• Dá feedback individualizado para seus colaboradores, sobre as tarefas executadas e os comportamentos adotados, registrando por escrito tanto os elogios quanto as orientações. **(AT, E)** • Comunica as informações recebidas de seu superior de forma clara e objetiva aos seus subordinados e/ou pares, assumindo integralmente o compromisso pela orientação institucional. **(AT, E)**	**ESSENCIAL**
COMPROMISSO COM A QUALIDADE	*Capacidade de agir com foco na segurança e na melhoria contínua dentro de seu setor e nas interfaces dos processos, visando a obtenção e manutenção de padrões e certificações de qualidade.*	• Cumpre e faz cumprir as normas e protocolos institucionais, apoiando integralmente a unidade em seus projetos de qualidade e diretrizes. **(AT, E)** • Realiza treinamentos com a sua equipe com foco na melhoria dos processos, redução de custos e/ou para a obtenção de metas e resultados. **(AT, E)** • Executa os planos de ação (PDI) da sua avaliação de desempenho, bem como acompanha os planos de ação de seus colaboradores, atualizando-os no sistema antes do vencimento dos mesmos. **(AT, E)**	**COMPLEMENTAR**
PLANEJAMENTO	*Capacidade de organizar ações de forma a facilitar a execução dos objetivos, estabelecendo metas, prazos e acompanhando sua equipe e seus resultados.*	• Utiliza adequadamente as ferramentas da qualidade para organização do seu planejamento de trabalho e o da sua equipe (agenda, cronogramas, PDCA, etc.). **(AT, E)** • Reavalia e/ou participa da Análise Critica Global semestralmente, por meio de reuniões registradas, compartilhando com a sua equipe e/ou superior as metas alcançadas e as ações de melhorias. **(AT, E)**	**ESSENCIAL**

RESILIÊNCIA	*Capacidade de entender e agir proativamente frente a situações novas, aceitando as mudanças e buscando formas diferentes de obter resultados para as pessoas e também para a organização.*	• Mostra capacidade de se adequar às mudanças e de ser flexível, sem atitudes resistentes diante das divergências de opiniões. **(AT, E)** • Gerencia sua equipe e seu setor frente as intercorrências e alterações de planejamento, atuando de maneira pró-ativa diante da situação, sem que isso tenha que lhe ser cobrado do seu superior. **(AT, E)**	**COMPLEMENTAR**

COMPETÊNCIA TÉCNICA		INDICADORES	CATEGORIA
TÉCNICA	*Capacidade de colocar em prática conhecimentos técnicos e profissionais expressos nas Especificações do Cargo descritas no seu PEC.*	• Domina e utiliza as ferramentas de informática para gestão da sua área e equipe ou para a gestão do próprio trabalho. **(AT, E)** • Tem a formação acadêmica (Escolaridade – Ex.: Ensino Médio, Ensino Superior, etc.) adequada para o exercício do cargo que ocupa (conforme previsto no seu PEC). **(AT, E)** • Tem conhecimentos técnicos específicos da sua função e da sua área (contidos no PEC) para desempenhar suas atividades de forma tecnicamente competente. **(AT, E)**	**ESSENCIAL**

Nome do ocupante _____ **Assinatura** _____

PSICOLOGO RT / HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS

DESCRIÇÃO DO CARGO

CÓDIGO / CBO: 2515-20

Atividades e Responsabilidades Essenciais

PRINCIPAIS ATIVIDADES:

01 - Coordenar e realizar avaliação e acompanhamento psicológico, nas Unidades de Internação, CPN e Centro Cirúrgico, dos pacientes internados e seus familiares com foco nos aspectos do adoecimento e hospitalização visando à promoção e/ou recuperação de sua saúde física e mental;

02 - Coordenar e promover suporte psicológico aos pais e familiares dos recém nascidos internados nas Unidades de Terapia Intensiva Neonatal, Unidade Intermediária e Canguru, estimulando a interação pais/bebê e equipe de saúde;

03 - Coordenar e promover suporte psicológico aos pacientes internados nas Unidades de Terapia Intensiva Adulto e de seus familiares;

04 - Intervir, sempre que necessário, na tríade paciente- família-equipe;

05 - Coordenar e trabalhar em situações de agravamento físico e emocional, inclusive no período terminal, participando das decisões com relação à conduta a ser adotada pela equipe, como: plano terapêutico individual, altas hospitalares, cuidados paliativos;

06 - Interagir com a equipe multiprofissional principalmente através dos Rounds Multidisciplinares dos setores, objetivando buscar uma visão integrada do paciente, considerando os aspectos físicos e emocionais, podendo, com a equipe, efetivar as atividades de diagnóstico, prognóstico e tratamento;

07 - Humanizar as condições do paciente durante o processo de hospitalização, onde o relacionamento do paciente com a equipe de saúde precisa ser desenvolvido dentro de uma compreensão de que os profissionais que atuam no setor estão comprometidos entre si com um objetivo comum: o seu próprio restabelecimento;

08 - Confeccionar declarações, laudos, relatórios e encaminhamentos para serviços psicológicos externos sempre que for necessário;

09 - Participar ativamente dos projetos desenvolvidos nos setores que envolvam o profissional psicólogo;

10 - Participar ativamente das comissões hospitalares que for designada (CIHDOTT, GTH e etc);

11- Realizar mensalmente toda a parte burocrática do setor de Psicologia relacionada aos processos da Qualidade (alimentar e monitorar indicadores, revisão de POP´s e PRS´s e demais documentos solicitados), dos Custos (planilhas), Controladoria (planilhas) e demais setores que solicitarem;

12 - Realizar pesquisas na área da Psicologia Hospitalar visando produção de conhecimento, atualização e aprimoramento na área.

RESPONSABILIDADES INSTITUCIONAIS:

01 - Garantir que as metas, estratégias, políticas e objetivos do Planejamento Estratégico sejam divulgados e entendidos por todos os colaboradores;

02 - Cumprir e fazer cumprir na sua área, a legislação vigente, o Regulamento, as Normas, Valores e Projetos Institucionais;

03 - Gerenciar os processos de sua área em sintonia com as outras áreas e lideranças para o alcance dos resultados Institucionais;

04 - Avaliar e acompanhar o desempenho de seus colaboradores dentro do modelo de “Gestão por Competências”, monitorando os planos de ação sem deixar que os prazos expirem e

Cargo / Centro de Custo / Unidade

PSICOLOGO RT / HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS

registrando feedbacks constantes, conforme padrão adotado pela instituição;

05 - Realizar outras atividades correlatas e/ou inerentes à sua função conforme descritas no respectivo Perfil Profissiográfico Previdenciário e/ou quando solicitadas pelo superior imediato.

ESPECIFICAÇÕES DO CARGO

Formação	MÍNIMO NECESSÁRIO * (Obrigatório): Pós-graduação completa - Curso: Psicologia hospitalar ou áreas afins.	**Experiência**	Desejável Mínimo de 02 anos no exercício do próprio cargo
Preferências	**Sexo**: Ambos **Idade acima de**: 26	**Informática**	- Conhecimentos informática; - Pacote office intermediário (Word, Excel, Power Point); - TOTVS; - SigQuali; - Fluig; - GCPEC.
Conhecimento Técnico Específico	- Conhecimento sobre a Resolução CFP Nº 010/05; - Domínio da Resolução CFP Nº 06/2019 (Regras para a elaboração de documentos escritos produzidos pelo psicólogo no exercício profissional); - Conhecimento sobre a Referência técnica para atuação de psicólogas(os) nos serviços hospitalares do SUS (CREPOP); - Domínio das ferramentas da Qualidade; - Noção de Diretrizes Organizacionais;	**Observações**	Necessário registro ativo no conselho da categoria.

Cargo / Centro de Custo / Unidade

PSICOLOGO RT / HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS

- Noção da atuação de coordenação;

- Conhecimento dos processos de qualidade;

- Conhecimento dos processos de gestão de pessoas.

Cargo / Centro de Custo / Unidade

PSICOLOGO RT / HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS

COMPETÊNCIA ORGANIZACIONAL		INDICADORES	CATEGORIA
HUMANIZAÇÃO	*Capacidade de conhecer o cliente, agir com empatia, valorizando suas necessidades, fornecendo soluções e tratamento que atendam e superem as suas expectativas.*	• Demonstra controle emocional e paciência no relacionamento com os outros e na condução de situações mais difíceis de trabalho. **(AT, E)** • Resolve as dúvidas e situações de atendimento ou encaminha as pessoas aos setores devidos, com uma atitude de acolhimento e interesse, mesmo quando não é solicitado. **(AT, E)**	**COMPLEMENTAR**
COMPROMETIMENTO	*Capacidade de assumir a responsabilidade na busca pela resolução de problemas e condução de situações cotidianas, demonstrando interesse, dedicação e iniciativa na busca pelos melhores resultados, conforme a missão da instituição.*	• Dedica-se em seu trabalho com qualidade, cumprindo os prazos e as metas estabelecidas. **(AT, E)** • Atua na solução dos problemas, mesmo que tenham sido causados por outro profissional, demonstrando comprometimento com o seu trabalho na instituição. **(AT, E)**	**COMPLEMENTAR**
ÉTICA	*Capacidade de agir de forma honesta e respeitosa, na sua conduta pessoal e profissional, com sigilo das informações, discrição nos comentários e coerência nas ações, com base em critérios justos e transparentes.*	• Tem uma postura respeitosa e íntegra, assumindo seus erros de forma transparente e colocando-se à disposição para corrigi-los prontamente. **(AT, E)** • Mantém sigilo e discrição das informações da instituição, pacientes e colegas de trabalho, não divulgando imagens e informações em ambiente interno, externo ou rede sociais. **(AT, E)**	**ESSENCIAL**

COMPETÊNCIA LIDERANÇA		INDICADORES	CATEGORIA
COMUNICAÇÃO	*Capacidade de se expressar e ouvir o outro, transmitir ideias de forma clara, objetiva e imparcial, promovendo "Feedback" sempre que necessário e aceitando retorno sobre seu próprio desempenho.*	• Dá feedback individualizado para seus colaboradores, sobre as tarefas executadas e os comportamentos adotados, registrando por escrito tanto os elogios quanto as orientações. **(AT, E)** • Comunica as informações recebidas de seu superior de forma clara e objetiva aos seus subordinados e/ou pares, assumindo integralmente o compromisso pela orientação institucional. **(AT, E)**	**COMPLEMENTAR**
COMPROMISSO COM A QUALIDADE	*Capacidade de agir com foco na segurança e na melhoria contínua dentro de seu setor e nas interfaces dos processos, visando a obtenção e manutenção de padrões e certificações de qualidade.*	• Cumpre e faz cumprir as normas e protocolos institucionais, apoiando integralmente a unidade em seus projetos de qualidade e diretrizes. **(AT, E)** • Realiza treinamentos com a sua equipe com foco na melhoria dos processos, redução de custos e/ou para a obtenção de metas e resultados. **(AT, E)** • Executa os planos de ação (PDI) da sua avaliação de desempenho, bem como acompanha os planos de ação de seus colaboradores, atualizando-os no sistema antes do vencimento dos mesmos. **(AT, E)**	**ESSENCIAL**
PLANEJAMENTO	*Capacidade de organizar ações de forma a facilitar a execução dos objetivos, estabelecendo metas, prazos e acompanhando sua equipe e seus resultados.*	• Utiliza adequadamente as ferramentas da qualidade para organização do seu planejamento de trabalho e o da sua equipe (agenda, cronogramas, PDCA, etc.). **(AT, E)** • Reavalia e/ou participa da Análise Critica Global semestralmente, por meio de reuniões registradas, compartilhando com a sua equipe e/ou superior as metas alcançadas e as ações de melhorias. **(AT, E)**	**COMPLEMENTAR**

Cargo / Centro de Custo / Unidade

PSICOLOGO RT / HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS

RESILIÊNCIA	*Capacidade de entender e agir proativamente frente a situações novas, aceitando as mudanças e buscando formas diferentes de obter resultados para as pessoas e também para a organização.*	• Mostra capacidade de se adequar às mudanças e de ser flexível, sem atitudes resistentes diante das divergências de opiniões. **(AT, E)** • Gerencia sua equipe e seu setor frente as intercorrências e alterações de planejamento, atuando de maneira pró-ativa diante da situação, sem que isso tenha que lhe ser cobrado do seu superior. **(AT, E)**	**ESSENCIAL**

COMPETÊNCIA TÉCNICA		INDICADORES	CATEGORIA
TÉCNICA	*Capacidade de colocar em prática conhecimentos técnicos e profissionais expressos nas Especificações do Cargo descritas no seu PEC.*	• Domina e utiliza as ferramentas de informática para gestão da sua área e equipe ou para a gestão do próprio trabalho. **(AT, E)** • Tem a formação acadêmica (Escolaridade – Ex.: Ensino Médio, Ensino Superior, etc.) adequada para o exercício do cargo que ocupa (conforme previsto no seu PEC). **(AT, E)** • Tem conhecimentos técnicos específicos da sua função e da sua área (contidos no PEC) para desempenhar suas atividades de forma tecnicamente competente. **(AT, E)**	**ESSENCIAL**

Nome do ocupante _____ **Assinatura** _____

P.E.C. – PERFIL ESTRUTURADO POR COMPETÊNCIAS

Cargo / Centro de Custo / Unidade

SUPERVISOR ADMINISTRATIVO / HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS

DESCRIÇÃO DO CARGO

CÓDIGO / CBO: 4101-05

Atividades e Responsabilidades Essenciais

PRINCIPAIS ATIVIDADES:

01) Acompanhar processos administrativos; verificar prazos estabelecidos; localizar processos; acompanhar planos de ação e notificações de não conformidade; encaminhar protocolos internos; atualizar cadastro; atualizar agendas de atendimento;

02) Atender clientes, médicos, serviços terceirizados e auditores; consultar coordenação e Diretores de outras unidades da Instituição sobre assuntos relativos à administração, trocando informações, para complementar seus conhecimentos, observações e balizar conclusões;

03) Avaliar os resultados dos programas, consultando o pessoal encarregado dos diversos setores administrativos, para detectar falhas e determinar ou propor as modificações necessárias.
04) Controlar, conferir e fazer a notificação de prontuários já cobrados, para arquivo; enumerar, ordenar e estocar em arquivo hospitalar, os arquivos, bem como, o arquivamento retardado de exames e outros documentos que chegam ao setor após alta hospitalar;

05) Gerir a quantidade de produtos e materiais solicitados pelos setores (Recepção e SAME);

06) Atender a auditorias; enviar documentação quando autorizado para o corpo jurídico do Hospital;

07) Controlar e apurar frequência dos funcionários; controlar recepção e utilização de uniforme e crachás; definir e gerenciar escala de trabalho; remanejar pessoal; controlar a concessão de férias;

08) Identificar e separar prontuários para realização de cópias de exames para pacientes e ou médicos, quando autorizados pela Coordenação ou Diretoria; localizar prontuários para confecção de novo DNV com devidas correções para a enfermagem; identificar prontuários para avaliação da Diretoria e ou processos jurídicos;

09) Participar da elaboração da política administrativa do Hospital, colaborando com informações, sugestões e experiências, a fim de contribuir para a definição de objetivos gerais e específicos e para a articulação da área administrativa com as demais áreas da OSS HMTJ;

10) Preencher documentos; digitar textos e planilhas;

11) Prestar apoio logístico; controlar material de escritório; levantar a necessidade de material; requisitar materiais; solicitar compra de material; conferir material solicitado; providenciar e distribuir material de escritório;

12) Receber prontuários de pacientes com alta e os relacionar em planilha;

13) Tratar documentos; registrar a entrada e saída de documentos; triar documentos; distribuir documentos; conferir dados e datas; verificar documentos conforme normas; identificar irregularidades nos documentos; submeter pareceres para apreciação da chefia; classificar documentos, segundo critérios pré-estabelecidos; arquivar documentos conforme procedimentos;

14) Zelar pela observância das disposições regulamentares internas e das emanadas de legislação especial, acompanhando o processamento das atividades administrativas e verificando as condições de higiene e segurança do trabalho e outros fatores, para assegurar a normalidade dos serviços planejados e organizados;

15) Administrar os programas de Residência Médica e Residência Multiprofissional, observando mudanças na legislação pertinente, prazos para credenciamento, recredenciamento e aumento de vagas, além das alterações na matriz curricular;

16) Agendar e participar das reuniões da COREME e COREMU, registrando todas em atas.

RESPONSABILIDADES INSTITUCIONAIS:

1) Garantir que as metas, estratégias, políticas e objetivos do Planejamento Estratégico sejam divulgados e entendidos por todos os colaboradores;

2) Cumprir e fazer cumprir na sua área, a legislação vigente, o Regulamento, as Normas, Valores e Projetos Institucionais;

3) Gerenciar os processos de sua área em sintonia com as outras áreas e lideranças para o alcance dos resultados Institucionais;

4) Avaliar e acompanhar o desempenho de seus colaboradores dentro do modelo de “Gestão por Competências”, monitorando os planos de ação sem deixar que os prazos expirem e registrando feedbacks constantes, conforme padrão adotado pela instituição;

5) Realizar outras atividades correlatas e/ou inerentes à sua função conforme descritas no respectivo Perfil Profissiográfico Previdenciário e/ou quando solicitadas pelo superior imediato.

ESPECIFICAÇÕES DO CARGO

Formação	MÍNIMO NECESSÁRIO * (Obrigatório): Superior Completo - Curso: Administração de Empresas, Ciências Contábeis, Direito e áreas afins DESEJÁVEL (Bom se tivesse, mas não é obrigatório): Pós-graduação - Curso: Gestão em saúde, Gestão Hospitalar, Financeira ou Áreas Afins	**Experiência**	Desejável experiência de 06 meses a 01 ano na função
Preferências	**Sexo**: Ambos **Idade acima de**: 24	**Informática**	- Pacote Office intermediário; - Sistemas TOTVS; - SIGQUALI; - FLUIG; - GCPEC
Conhecimento Técnico Específico	- Conhecimento de código de ética e condutas administrativas; - Conhecimento de Complice; - Conhecimento de processos e ferramentas de Qualidade; - Conhecimento de processos e ferramentas de Gestão de Pessoas; - Conhecimento de atendimento de urgência e emergência adulto e pediátrico; - Conhecimento de Hotelaria Hospitalar; - Conhecimento de gerenciamento financeiro;	**Observações**	

- Noção da NR 32;

- Noção sobre o Programa de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS) - RDC Nº 222, DE 28 DE MARÇO DE 2018 que Regulamenta as Boas Práticas de Gerenciamento dos Resíduos de Serviços de Saúde;

- Noção do Manual de Acreditação ONA;

- Conhecimento de Faturamento Hospitalar.

P.E.C. – PERFIL ESTRUTURADO POR COMPETÊNCIAS

Cargo / Centro de Custo / Unidade

SUPERVISOR ADMINISTRATIVO / HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS

COMPETÊNCIA ORGANIZACIONAL		INDICADORES	CATEGORIA
COMPROMETIMENTO	*Capacidade de assumir a responsabilidade na busca pela resolução de problemas e condução de situações cotidianas, demonstrando interesse, dedicação e iniciativa na busca pelos melhores resultados, conforme a missão da instituição.*	• Dedica-se em seu trabalho com qualidade, cumprindo os prazos e as metas estabelecidas. **(AT, E)** • Atua na solução dos problemas, mesmo que tenham sido causados por outro profissional, demonstrando comprometimento com o seu trabalho na instituição. **(AT, E)**	**ESSENCIAL**
ÉTICA	*Capacidade de agir de forma honesta e respeitosa, na sua conduta pessoal e profissional, com sigilo das informações, discrição nos comentários e coerência nas ações, com base em critérios justos e transparentes.*	• Tem uma postura respeitosa e íntegra, assumindo seus erros de forma transparente e colocando-se à disposição para corrigi-los prontamente. **(AT, E)** • Mantém sigilo e discrição das informações da instituição, pacientes e colegas de trabalho, não divulgando imagens e informações em ambiente interno, externo ou rede sociais. **(AT, E)**	**COMPLEMENTAR**
HUMANIZAÇÃO	*Capacidade de conhecer o cliente, agir com empatia, valorizando suas necessidades, fornecendo soluções e tratamento que atendam e superem as suas expectativas.*	• Demonstra controle emocional e paciência no relacionamento com os outros e na condução de situações mais difíceis de trabalho. **(AT, E)** • Resolve as dúvidas e situações de atendimento ou encaminha as pessoas aos setores devidos, com uma atitude de acolhimento e interesse, mesmo quando não é solicitado. **(AT, E)**	**COMPLEMENTAR**

COMPETÊNCIA LIDERANÇA		INDICADORES	CATEGORIA
COMPROMISSO COM A QUALIDADE	*Capacidade de agir com foco na segurança e na melhoria contínua dentro de seu setor e nas interfaces dos processos, visando a obtenção e manutenção de padrões e certificações de qualidade.*	• Cumpre e faz cumprir as normas e protocolos institucionais, apoiando integralmente a unidade em seus projetos de qualidade e diretrizes. **(AT, E)** • Realiza treinamentos com a sua equipe com foco na melhoria dos processos, redução de custos e/ou para a obtenção de metas e resultados. **(AT, E)** • Executa os planos de ação (PDI) da sua avaliação de desempenho, bem como acompanha os planos de ação de seus colaboradores, atualizando-os no sistema antes do vencimento dos mesmos. **(AT, E)**	**ESSENCIAL**
COMUNICAÇÃO	*Capacidade de se expressar e ouvir o outro, transmitir ideias de forma clara, objetiva e imparcial, promovendo "Feedback" sempre que necessário e aceitando retorno sobre seu próprio desempenho.*	• Dá feedback individualizado para seus colaboradores, sobre as tarefas executadas e os comportamentos adotados, registrando por escrito tanto os elogios quanto as orientações. **(AT, E)** • Comunica as informações recebidas de seu superior de forma clara e objetiva aos seus subordinados e/ou pares, assumindo integralmente o compromisso pela orientação institucional. **(AT, E)**	**ESSENCIAL**
PLANEJAMENTO	*Capacidade de organizar ações de forma a facilitar a execução dos objetivos, estabelecendo metas, prazos e acompanhando sua equipe e seus resultados.*	• Utiliza adequadamente as ferramentas da qualidade para organização do seu planejamento de trabalho e o da sua equipe (agenda, cronogramas, PDCA, etc.). **(AT, E)** • Reavalia e/ou participa da Análise Critica Global semestralmente, por meio de reuniões registradas, compartilhando com a sua equipe e/ou superior as metas alcançadas e as ações de melhorias. **(AT, E)**	**COMPLEMENTAR**

RESILIÊNCIA	*Capacidade de entender e agir proativamente frente a situações novas, aceitando as mudanças e buscando formas diferentes de obter resultados para as pessoas e também para a organização.*	• Mostra capacidade de se adequar às mudanças e de ser flexível, sem atitudes resistentes diante das divergências de opiniões. **(AT, E)** • Gerencia sua equipe e seu setor frente as intercorrências e alterações de planejamento, atuando de maneira pró-ativa diante da situação, sem que isso tenha que lhe ser cobrado do seu superior. **(AT, E)**	**COMPLEMENTAR**

COMPETÊNCIA TÉCNICA		INDICADORES	CATEGORIA
TÉCNICA	*Capacidade de colocar em prática conhecimentos técnicos e profissionais expressos nas Especificações do Cargo descritas no seu PEC.*	• Domina e utiliza as ferramentas de informática para gestão da sua área e equipe ou para a gestão do próprio trabalho. **(AT, E)** • Tem a formação acadêmica (Escolaridade – Ex.: Ensino Médio, Ensino Superior, etc.) adequada para o exercício do cargo que ocupa (conforme previsto no seu PEC). **(AT, E)** • Tem conhecimentos técnicos específicos da sua função e da sua área (contidos no PEC) para desempenhar suas atividades de forma tecnicamente competente. **(AT, E)**	**ESSENCIAL**

Nome do ocupante _____ **Assinatura** _____

Cargo / Centro de Custo / Unidade

SUPERVISOR DAS APLICAÇÕES TECNICAS RADIOLO / HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS

DESCRIÇÃO DO CARGO

CÓDIGO / CBO: 3241-15

Atividades e Responsabilidades Essenciais

PRINCIPAIS ATIVIDADES: 01) Supervisionar e orientar o trabalho de Aplicação das Técnicas Radiológicas no local onde exerça a função;
02) Elaborar e manter atualizada relação dos profissionais sob sua supervisão, com os respectivos números dos registros profissionais;
03) Conferir as escalas de serviço e de plantões dos profissionais para atendimento dos critérios técnicos e legais do setor que trabalha;
04) Informar a chefia imediata sobre quaisquer problemas existentes com equipamentos, fontes emissoras de radiação, acessórios e equipamentos de proteção radiológicas, relativos ao serviço sob sua supervisão;
05) Efetuar o registro de defeitos em equipamentos, fontes de radiação, acessórios e equipamentos de proteção radiológica, bem como as chamadas e a realização de manutenção nas instalações;
06) Divulgar e manter em lugar visível o resultado mensal da leitura dos dosímetros de uso individual;
07) Orientar e exigir a divulgação do resultado mensal da leitura dos dosímetros de uso individual, de forma que conste em local visível e acessível a todos os profissionais, avaliando os resultados de forma a requerer providências em caso de anormalidades;
08) Manter em livro próprio o registro de defeitos em equipamentos, fontes de radiação, acessórios e equipamentos de proteção radiológica, bem como as chamadas e a realização de manutenção nas instalações;
09) Manter o controle de requisições e resultados de exames periódicos dos profissionais ocupacionalmente expostos às radiações, sob sua supervisão;
10) Verificar as condições de uso dos equipamentos e acessórios de proteção radiológica, solicitando manutenção quando necessário e acompanhando sua resolução;
11) Alimentar e analisar os indicadores definidos para os setores de Radiologia conforme estabelecido em sistema da Qualidade;
12) Acompanhar a manutenção preventiva dos equipamentos do setor.

RESPONSABILIDADES INSTITUCIONAIS: - Garantir que as metas, estratégias, políticas e objetivos do Planejamento Estratégico sejam divulgados e entendidos por todos os colaboradores;

- Cumprir e fazer cumprir na sua área, a legislação vigente, o Regulamento, as Normas, Valores e Projetos Institucionais;

- Gerenciar os processos de sua área em sintonia com as outras áreas e lideranças para o alcance dos resultados Institucionais.

- Avaliar e acompanhar o desempenho de seus colaboradores dentro do modelo de “Gestão por Competências”, monitorando os planos de ação sem deixar que os prazos expirem e registrando feedbacks constantes, conforme padrão adotado pela instituição.

- Realizar outras atividades correlatas e/ou inerentes à sua função conforme descritas no respectivo Perfil Profissiográfico Previdenciário e/ou quando solicitadas pelo superior imediato.

ESPECIFICAÇÕES DO CARGO

Formação	MÍNIMO NECESSÁRIO * (Obrigatório): Ensino Médio Completo - Curso: Curso técnico em radiologia DESEJÁVEL (Bom se tivesse, mas não é obrigatório): Ensino Médio Completo - Curso: Desejável: Especialização em tomografia computadorizada e Ressonancia Magnética	**Experiência**	Desejável de 06 meses a 01 ano no exercício do próprio cargo

Cargo / Centro de Custo / Unidade

SUPERVISOR DAS APLICAÇÕES TECNICAS RADIOLO / HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS

Preferências	**Sexo**: Ambos **Idade acima de**: 22	**Informática**	Pacote Office intermediário; TOTVS; Sigquali; Fluig. GCPEC
Conhecimento Técnico Específico	- Conhecimento de monitorização dos níveis de dosagem de radiação para cada indivíduo exposto; - Conhecimento do equipamento angiografo, limites de doses e manejo da máquina; - Domínio sobre proteção radiológica; - Domínio da norma regulamentadora para garantir a qualidade e segurança dos procedimentos de radiologia intervencionista, bem como suas diretrizes; - Conhecimento dos efeitos da radiação (efeito estocástico e determinístico); - Domínio na confecção de imagens e gravação de mídia do procedimento;	**Observações**	

Cargo / Centro de Custo / Unidade

SUPERVISOR DAS APLICAÇÕES TECNICAS RADIOLÓGICAS / HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS

COMPETÊNCIA ORGANIZACIONAL		INDICADORES	CATEGORIA
HUMANIZAÇÃO	*Capacidade de conhecer o cliente, agir com empatia, valorizando suas necessidades, fornecendo soluções e tratamento que atendam e superem as suas expectativas.*	• Demonstra controle emocional e paciência no relacionamento com os outros e na condução de situações mais difíceis de trabalho. **(AT, E)** • Resolve as dúvidas e situações de atendimento ou encaminha as pessoas aos setores devidos, com uma atitude de acolhimento e interesse, mesmo quando não é solicitado. **(AT, E)**	**COMPLEMENTAR**
COMPROMETIMENTO	*Capacidade de assumir a responsabilidade na busca pela resolução de problemas e condução de situações cotidianas, demonstrando interesse, dedicação e iniciativa na busca pelos melhores resultados, conforme a missão da instituição.*	• Dedica-se em seu trabalho com qualidade, cumprindo os prazos e as metas estabelecidas. **(AT, E)** • Atua na solução dos problemas, mesmo que tenham sido causados por outro profissional, demonstrando comprometimento com o seu trabalho na instituição. **(AT, E)** • Tem comprometimento em compartilhar conhecimento adquiridos em cursos/simpósios/congresso com seus colegas de trabalho, de forma a agregar na cultura de aprendizagem e melhoria dos serviços prestados. **(AT, E)**	**COMPLEMENTAR**
ÉTICA	*Capacidade de agir de forma honesta e respeitosa, na sua conduta pessoal e profissional, com sigilo das informações, discrição nos comentários e coerência nas ações, com base em critérios justos e transparentes.*	• Tem uma postura respeitosa e íntegra, assumindo seus erros de forma transparente e colocando-se à disposição para corrigi-los prontamente. **(AT, E)** • Mantém sigilo e discrição das informações da instituição, pacientes e colegas de trabalho, não divulgando imagens e informações em ambiente interno, externo ou rede sociais. **(AT, E)**	**ESSENCIAL**

COMPETÊNCIA LIDERANÇA		INDICADORES	CATEGORIA
COMUNICAÇÃO	*Capacidade de se expressar e ouvir o outro, transmitir ideias de forma clara, objetiva e imparcial, promovendo "Feedback" sempre que necessário e aceitando retorno sobre seu próprio desempenho.*	• Dá feedback individualizado para seus colaboradores, sobre as tarefas executadas e os comportamentos adotados, registrando por escrito tanto os elogios quanto as orientações. **(AT, E)** • Comunica as informações recebidas de seu superior de forma clara e objetiva aos seus subordinados e/ou pares, assumindo integralmente o compromisso pela orientação institucional. **(AT, E)**	**COMPLEMENTAR**
COMPROMISSO COM A QUALIDADE	*Capacidade de agir com foco na segurança e na melhoria contínua dentro de seu setor e nas interfaces dos processos, visando a obtenção e manutenção de padrões e certificações de qualidade.*	• Cumpre e faz cumprir as normas e protocolos institucionais, apoiando integralmente a unidade em seus projetos de qualidade e diretrizes. **(AT, E)** • Realiza treinamentos com a sua equipe com foco na melhoria dos processos, redução de custos e/ou para a obtenção de metas e resultados. **(AT, E)** • Executa os planos de ação (PDI) da sua avaliação de desempenho, bem como acompanha os planos de ação de seus colaboradores, atualizando-os no sistema antes do vencimento dos mesmos. **(AT, E)**	**ESSENCIAL**
PLANEJAMENTO	*Capacidade de organizar ações de forma a facilitar a execução dos objetivos, estabelecendo metas, prazos e acompanhando sua equipe e seus resultados.*	• Utiliza adequadamente as ferramentas da qualidade para organização do seu planejamento de trabalho e o da sua equipe (agenda, cronogramas, PDCA, etc.). **(AT, E)** • Reavalia e/ou participa da Análise Critica Global semestralmente, por meio de reuniões registradas, compartilhando com a sua equipe e/ou superior as metas alcançadas e as ações de melhorias. **(AT, E)**	**ESSENCIAL**

SUPERVISOR DAS APLICAÇÕES TECNICAS RADIOLÓGICAS / HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS

RESILIÊNCIA	*Capacidade de entender e agir proativamente frente a situações novas, aceitando as mudanças e buscando formas diferentes de obter resultados para as pessoas e também para a organização.*	• Mostra capacidade de se adequar às mudanças e de ser flexível, sem atitudes resistentes diante das divergências de opiniões. **(AT, E)** • Gerencia sua equipe e seu setor frente as intercorrências e alterações de planejamento, atuando de maneira pró-ativa diante da situação, sem que isso tenha que lhe ser cobrado do seu superior. **(AT, E)**	**COMPLEMENTAR**

COMPETÊNCIA TÉCNICA		INDICADORES	CATEGORIA
TÉCNICA	*Capacidade de colocar em prática conhecimentos técnicos e profissionais expressos nas Especificações do Cargo descritas no seu PEC.*	• Domina e utiliza as ferramentas de informática para gestão da sua área e equipe ou para a gestão do próprio trabalho. **(AT, E)** • Tem a formação acadêmica (Escolaridade – Ex.: Ensino Médio, Ensino Superior, etc.) adequada para o exercício do cargo que ocupa (conforme previsto no seu PEC). **(AT, E)** • Tem conhecimentos técnicos específicos da sua função e da sua área (contidos no PEC) para desempenhar suas atividades de forma tecnicamente competente. **(AT, E)**	**ESSENCIAL**

Nome do ocupante _____ **Assinatura** _____

SUPERVISOR DE LIMPEZA / HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS

DESCRIÇÃO DO CARGO

CÓDIGO / CBO: 5143-20

Atividades e Responsabilidades Essenciais

PRINCIPAIS ATIVIDADES:

1) Realizar vistoria diária para a fiscalização das atividades desenvolvidas nos setores conforme estabelecido em roteiro pré-definido;

2) Supervisionar a distribuição de materiais e produtos de limpeza aos setores observando rótulos de identificação dos galões;

3) Fiscalizar limpeza terminal mediante preenchimento de check-list de eficácia, identificando reparos necessários solicitando-os ao responsável pelo setor;

4) Orientar colaboradores na execução das tarefas, avaliando o desempenho;

5) Observar a frequência dos colaboradores, alterando a distribuição de tarefas e/ou remanejar colaboradores, se necessário;

6) Manter-se atualizado e atualizar os colaboradores sobre as técnicas e uso de equipamentos e produtos;

7) Participar de reuniões setoriais e intersetoriais, quando convocado;

8) Zelar pelo uso correto, manutenção, limpeza e guarda dos equipamentos e materiais;

9) Desenvolver atividades delegadas pela chefia imediata;

10) Zelar pelo cumprimento do contrato de Interação de Processos;

11) Atuar para que as atividades sejam realizadas de acordo com as indicações e orientações do Serviço de Controle de Infecção Hospitalar – SCIH;

12) Controlar estoque de produtos do setor e realizar a previsão de compras.

RESPONSABILIDADES INSTITUCIONAIS:

01) Garantir que as metas, estratégias, políticas e objetivos do Planejamento Estratégico sejam divulgados e entendidos por todos os colaboradores;

02) Cumprir e fazer cumprir na sua área, a legislação vigente, o Regulamento, as Normas, Valores e Projetos Institucionais;

03) Gerenciar os processos de sua área em sintonia com as outras áreas e lideranças para o alcance dos resultados Institucionais.

04) Avaliar e acompanhar o desempenho de seus colaboradores dentro do modelo de “Gestão por Competências”, monitorando os planos de ação sem deixar que os prazos expirem e registrando feedbacks constantes, conforme padrão adotado pela instituição.

05. Realizar outras atividades correlatas e/ou inerentes à sua função conforme descritas no respectivo Perfil Profissiográfico Previdenciário e/ou quando solicitadas pelo superior imediato.

ESPECIFICAÇÕES DO CARGO

Formação	MÍNIMO NECESSÁRIO * (Obrigatório): Ensino médio completo DESEJÁVEL (Bom se tivesse, mas não é obrigatório): Superior em Andamento - Curso: Administração, Hotelaria Hospitalar, Gestão Hospitalar, Processos Gerenciais ou áreas afins	**Experiência**	Desejável de 06 meses a 01 ano no exercício do próprio cargo.
Preferências	**Sexo**: Ambos **Idade acima de**: 24	**Informática**	- Conhecimentos informática;

			- Pacote office intermediário (Word, Excel, Power Point); - TOTVS; - SigQuali; - Fluig; - VIVER; - GCPEC.
Conhecimento Técnico Específico	- Domínio e fundamentos da Limpeza e Higiene Hospitalar - Conhecimento e manuseio de equipamentos de limpeza (diluição de saneantes, carrinho de limpeza, lavadora enceradeira) - Conhecimento da técnicas de limpeza e desinfecção de ambientes e superfícies - Domínio e práticas de higienização “In loco”; - Conhecimento na sinalização, rotulagem, EPI, EPC e procedimentos em situações de emergência; - Conhecimento nas ferramentas para Gestão de Pessoas; - Conhecimento nas ferramentas de Qualidade.	**Observações**	

Cargo / Centro de Custo / Unidade

SUPERVISOR DE LIMPEZA / HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS

COMPETÊNCIA ORGANIZACIONAL		INDICADORES	CATEGORIA
COMPROMETIMENTO	*Capacidade de assumir a responsabilidade na busca pela resolução de problemas e condução de situações cotidianas, demonstrando interesse, dedicação e iniciativa na busca pelos melhores resultados, conforme a missão da instituição.*	• Dedica-se em seu trabalho com qualidade, cumprindo os prazos e as metas estabelecidas. **(AT, E)** • Atua na solução dos problemas, mesmo que tenham sido causados por outro profissional, demonstrando comprometimento com o seu trabalho na instituição. **(AT, E)** • Tem comprometimento em compartilhar conhecimento adquiridos em cursos/simpósios/congresso com seus colegas de trabalho, de forma a agregar na cultura de aprendizagem e melhoria dos serviços prestados. **(AT, E)**	**ESSENCIAL**
ÉTICA	*Capacidade de agir de forma honesta e respeitosa, na sua conduta pessoal e profissional, com sigilo das informações, discrição nos comentários e coerência nas ações, com base em critérios justos e transparentes.*	• Tem uma postura respeitosa e íntegra, assumindo seus erros de forma transparente e colocando-se à disposição para corrigi-los prontamente. **(AT, E)** • Mantém sigilo e discrição das informações da instituição, pacientes e colegas de trabalho, não divulgando imagens e informações em ambiente interno, externo ou rede sociais. **(AT, E)**	
HUMANIZAÇÃO	*Capacidade de conhecer o cliente, agir com empatia, valorizando suas necessidades, fornecendo soluções e tratamento que atendam e superem as suas expectativas.*	• Demonstra controle emocional e paciência no relacionamento com os outros e na condução de situações mais difíceis de trabalho. **(AT, E)** • Resolve as dúvidas e situações de atendimento ou encaminha as pessoas aos setores devidos, com uma atitude de acolhimento e interesse, mesmo quando não é solicitado. **(AT, E)**	

COMPETÊNCIA LIDERANÇA		INDICADORES	CATEGORIA
COMPROMISSO COM A QUALIDADE	*Capacidade de agir com foco na segurança e na melhoria contínua dentro de seu setor e nas interfaces dos processos, visando a obtenção e manutenção de padrões e certificações de qualidade.*	• Cumpre e faz cumprir as normas e protocolos institucionais, apoiando integralmente a unidade em seus projetos de qualidade e diretrizes. **(AT, E)** • Realiza treinamentos com a sua equipe com foco na melhoria dos processos, redução de custos e/ou para a obtenção de metas e resultados. **(AT, E)** • Executa os planos de ação (PDI) da sua avaliação de desempenho, bem como acompanha os planos de ação de seus colaboradores, atualizando-os no sistema antes do vencimento dos mesmos. **(AT, E)**	**ESSENCIAL**
COMUNICAÇÃO	*Capacidade de se expressar e ouvir o outro, transmitir ideias de forma clara, objetiva e imparcial, promovendo "Feedback" sempre que necessário e aceitando retorno sobre seu próprio desempenho.*	• Dá feedback individualizado para seus colaboradores, sobre as tarefas executadas e os comportamentos adotados, registrando por escrito tanto os elogios quanto as orientações. **(AT, E)** • Comunica as informações recebidas de seu superior de forma clara e objetiva aos seus subordinados e/ou pares, assumindo integralmente o compromisso pela orientação institucional. **(AT, E)**	**COMPLEMENTAR**
PLANEJAMENTO	*Capacidade de organizar ações de forma a facilitar a execução dos objetivos, estabelecendo metas, prazos e acompanhando sua equipe e seus resultados.*	• Utiliza adequadamente as ferramentas da qualidade para organização do seu planejamento de trabalho e o da sua equipe (agenda, cronogramas, PDCA, etc.). **(AT, E)** • Reavalia e/ou participa da Análise Critica Global semestralmente, por meio de reuniões registradas, compartilhando com a sua equipe e/ou superior as metas alcançadas e as ações de melhorias. **(AT, E)**	**ESSENCIAL**

Cargo / Centro de Custo / Unidade

SUPERVISOR DE LIMPEZA / HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS

RESILIÊNCIA	*Capacidade de entender e agir proativamente frente a situações novas, aceitando as mudanças e buscando formas diferentes de obter resultados para as pessoas e também para a organização.*	• Mostra capacidade de se adequar às mudanças e de ser flexível, sem atitudes resistentes diante das divergências de opiniões. **(AT, E)** • Gerencia sua equipe e seu setor frente as intercorrências e alterações de planejamento, atuando de maneira pró-ativa diante da situação, sem que isso tenha que lhe ser cobrado do seu superior. **(AT, E)**	**COMPLEMENTAR**

COMPETÊNCIA TÉCNICA		INDICADORES	CATEGORIA
TÉCNICA	*Capacidade de colocar em prática conhecimentos técnicos e profissionais expressos nas Especificações do Cargo descritas no seu PEC.*	• Domina e utiliza as ferramentas de informática para gestão da sua área e equipe ou para a gestão do próprio trabalho. **(AT, E)** • Tem a formação acadêmica (Escolaridade – Ex.: Ensino Médio, Ensino Superior, etc.) adequada para o exercício do cargo que ocupa (conforme previsto no seu PEC). **(AT, E)** • Tem conhecimentos técnicos específicos da sua função e da sua área (contidos no PEC) para desempenhar suas atividades de forma tecnicamente competente. **(AT, E)**	**ESSENCIAL**

Nome do ocupante _____ **Assinatura** _____

P.E.C. – PERFIL ESTRUTURADO POR COMPETÊNCIAS

Cargo / Centro de Custo / Unidade

SUPERVISOR DE MANUTENÇÃO / HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS

DESCRIÇÃO DO CARGO

CÓDIGO / CBO: 9101-10

Atividades e Responsabilidades Essenciais

PRINCIPAIS ATIVIDADES:

01) Supervisionar e orientar os demais colaboradores dentro da hierarquia do setor;

02) Supervisionar, orientar e realizar trabalhos de manutenção elétrica,hidráulica, alvenaria, marcenaria e pinturas;

03) Supervisionar, orientar e realizar manutenção de carpintaria e marcenaria;

04) Supervisionar, orientar e realizar montagem de equipamentos de trabalho e segurança;

05) Acionar empresas terceirizadas para realização de tarefas contratadas;

06) Realizar solicitação de compra de materiais e equipamentos necessários;

07) Supervisionar a conferência de materiais e equipamentos adquiridos;

08) Supervisionar, orientar e executar serviços gerais; lavar pátios; inspecionar qualidade da água; soldar objetos;trocar vidros; lavar grades; conservar jardins; conservar fachadas; misturar produtos químicos na água; Lavar janelas, paredes e pastilhas; remover pichações; refazer detalhes de molduras; recolocar pastilhas ou litocerâmica; pintar fachadas; limpar vidros; calafetar fendas entre parte metálica e alvenaria; fixar cabos de pára-raios;

09) Zelar pela conservação dos equipamentos, ferramentas e máquinas utilizadas, observando as normas de segurança e conservação, para obter melhor aproveitamento;

10) Zelar pela segurança do patrimônio e das pessoas, solicitando meios e tomando providências para a realização dos serviços; isolar áreas do prédio para manutenção;

RESPONSABILIDADES INSTITUCIONAIS:

01) Garantir que as metas, estratégias, políticas e objetivos do Planejamento Estratégico sejam divulgados e entendidos por todos os colaboradores;

02) Cumprir e fazer cumprir na sua área, a legislação vigente, o Regulamento, as Normas, Valores e Projetos Institucionais;

03) Gerenciar os processos de sua área em sintonia com as outras áreas e lideranças para o alcance dos resultados Institucionais;

04) Avaliar e acompanhar o desempenho de seus colaboradores dentro do modelo de “Gestão por Competências”, monitorando os planos de ação sem deixar que os prazos expirem e registrando feedbacks constantes, conforme padrão adotado pela instituição;

05) Realizar outras atividades correlatas e/ou inerentes à sua função conforme descritas no respectivo Perfil Profissiográfico Previdenciário e/ou quando solicitadas pelo superior imediato.

ESPECIFICAÇÕES DO CARGO

Formação	MÍNIMO NECESSÁRIO * (Obrigatório): Ensino fundamental completo	**Experiência**	Desejável de 06 meses a 01 ano no exercício do próprio cargo.
Preferências	**Sexo**: Ambos **Idade acima de**: 18	**Informática**	Pacote Office básico (Word, Excel, Power Pont); Conhecimento em TOTVS; Noção em Sigquali;

			Noção em Fluig.
Conhecimento Técnico Específico	- Conhecimento técnica em hidráulica, trocar sifoões, engates, torneiras, realizar solda em tubulações de agua e esgoto. Elétrica, trocar lampadas, luminárias e tomadas utilizando as ferramentas adequadas. - Conhecimento administrativo , verificar estoque de materiais e providenciar pedidos de compras, utilizando do sistema ToTVS - Conhecimento em informática, acessar a ferramenta de gerenciamento de ordens de serviço FLUIG. - Noção de Normas regulamentares de que norteia as execuções de atividades dentro de instituição de saúde tais como NR32 - Noção de Normas regulamentares de que norteia as execuções de atividades da construção civil tais como NR10 que tem por objetivo garantir a segurança e a saúde dos trabalhadores que interagem nas instalações e serviços com eletricidade - Noção da Norma regulamentar de que norteia a execução de atividades da construção civil NR35 que estabelece os requisitos mínimos de proteção para o trabalho em altura, envolvendo o planejamento, a organização e a execução - Conhecimento de estocagem de materiais, saber classificar produtos de hidráulica, elétrica entre outros.	**Observações**	

P.E.C. – PERFIL ESTRUTURADO POR COMPETÊNCIAS

Cargo / Centro de Custo / Unidade

SUPERVISOR DE MANUTENÇÃO / HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS

COMPETÊNCIA ORGANIZACIONAL		INDICADORES	CATEGORIA
COMPROMETIMENTO	*Capacidade de assumir a responsabilidade na busca pela resolução de problemas e condução de situações cotidianas, demonstrando interesse, dedicação e iniciativa na busca pelos melhores resultados, conforme a missão da instituição.*	• Dedica-se em seu trabalho com qualidade, cumprindo os prazos e as metas estabelecidas. **(AT, E)** • Atua na solução dos problemas, mesmo que tenham sido causados por outro profissional, demonstrando comprometimento com o seu trabalho na instituição. **(AT, E)**	**ESSENCIAL**
ÉTICA	*Capacidade de agir de forma honesta e respeitosa, na sua conduta pessoal e profissional, com sigilo das informações, discrição nos comentários e coerência nas ações, com base em critérios justos e transparentes.*	• Tem uma postura respeitosa e íntegra, assumindo seus erros de forma transparente e colocando-se à disposição para corrigi-los prontamente. **(AT, E)** • Mantém sigilo e discrição das informações da instituição, pacientes e colegas de trabalho, não divulgando imagens e informações em ambiente interno, externo ou rede sociais. **(AT, E)**	**COMPLEMENTAR**
HUMANIZAÇÃO	*Capacidade de conhecer o cliente, agir com empatia, valorizando suas necessidades, fornecendo soluções e tratamento que atendam e superem as suas expectativas.*	• Demonstra controle emocional e paciência no relacionamento com os outros e na condução de situações mais difíceis de trabalho. **(AT, E)** • Resolve as dúvidas e situações de atendimento ou encaminha as pessoas aos setores devidos, com uma atitude de acolhimento e interesse, mesmo quando não é solicitado. **(AT, E)**	**COMPLEMENTAR**

COMPETÊNCIA LIDERANÇA		INDICADORES	CATEGORIA
COMPROMISSO COM A QUALIDADE	*Capacidade de agir com foco na segurança e na melhoria contínua dentro de seu setor e nas interfaces dos processos, visando a obtenção e manutenção de padrões e certificações de qualidade.*	• Cumpre e faz cumprir as normas e protocolos institucionais, apoiando integralmente a unidade em seus projetos de qualidade e diretrizes. **(AT, E)** • Realiza treinamentos com a sua equipe com foco na melhoria dos processos, redução de custos e/ou para a obtenção de metas e resultados. **(AT, E)** • Executa os planos de ação (PDI) da sua avaliação de desempenho, bem como acompanha os planos de ação de seus colaboradores, atualizando-os no sistema antes do vencimento dos mesmos. **(AT, E)**	**COMPLEMENTAR**
COMUNICAÇÃO	*Capacidade de se expressar e ouvir o outro, transmitir ideias de forma clara, objetiva e imparcial, promovendo "Feedback" sempre que necessário e aceitando retorno sobre seu próprio desempenho.*	• Dá feedback individualizado para seus colaboradores, sobre as tarefas executadas e os comportamentos adotados, registrando por escrito tanto os elogios quanto as orientações. **(AT, E)** • Comunica as informações recebidas de seu superior de forma clara e objetiva aos seus subordinados e/ou pares, assumindo integralmente o compromisso pela orientação institucional. **(AT, E)**	**ESSENCIAL**
PLANEJAMENTO	*Capacidade de organizar ações de forma a facilitar a execução dos objetivos, estabelecendo metas, prazos e acompanhando sua equipe e seus resultados.*	• Utiliza adequadamente as ferramentas da qualidade para organização do seu planejamento de trabalho e o da sua equipe (agenda, cronogramas, PDCA, etc.). **(AT, E)** • Reavalia e/ou participa da Análise Critica Global semestralmente, por meio de reuniões registradas, compartilhando com a sua equipe e/ou superior as metas alcançadas e as ações de melhorias. **(AT, E)**	**ESSENCIAL**

Cargo / Centro de Custo / Unidade

SUPERVISOR DE MANUTENÇÃO / HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS

RESILIÊNCIA	*Capacidade de entender e agir proativamente frente a situações novas, aceitando as mudanças e buscando formas diferentes de obter resultados para as pessoas e também para a organização.*	• Mostra capacidade de se adequar às mudanças e de ser flexível, sem atitudes resistentes diante das divergências de opiniões. **(AT, E)** • Gerencia sua equipe e seu setor frente as intercorrências e alterações de planejamento, atuando de maneira pró-ativa diante da situação, sem que isso tenha que lhe ser cobrado do seu superior. **(AT, E)**	**COMPLEMENTAR**

COMPETÊNCIA TÉCNICA		INDICADORES	CATEGORIA
TÉCNICA	*Capacidade de colocar em prática conhecimentos técnicos e profissionais expressos nas Especificações do Cargo descritas no seu PEC.*	• Domina e utiliza as ferramentas de informática para gestão da sua área e equipe ou para a gestão do próprio trabalho. **(AT, E)** • Tem a formação acadêmica (Escolaridade – Ex.: Ensino Médio, Ensino Superior, etc.) adequada para o exercício do cargo que ocupa (conforme previsto no seu PEC). **(AT, E)** • Tem conhecimentos técnicos específicos da sua função e da sua área (contidos no PEC) para desempenhar suas atividades de forma tecnicamente competente. **(AT, E)**	**ESSENCIAL**

Nome do ocupante _____ **Assinatura** _____

Cargo / Centro de Custo / Unidade

SUPERVISOR DE RECEPÇÃO / HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS

DESCRIÇÃO DO CARGO

CÓDIGO / CBO: 4201-25

Atividades e Responsabilidades Essenciais

PRINCIPAIS ATIVIDADES:

01 - Recepcionar e prestar serviços de apoio a clientes, pacientes, visitantes da instituição hospitalar, identificando-os, averiguando suas pretensões para prestar-lhes informações, receber recados, encaminhá-los a pessoas ou setores procurados e dar entrada nos procedimentos de internação e marcação de consultas e exames;

02 - Assessorar gerentes e coordenação com questões práticas da rotina de trabalho, como preparar documentos, prestar informações ao público, responder e-mails. Aprimorar seus conhecimentos para atualização relacionada à área, ter conhecimentos de informática e sistemas de tecnologias utilizados pela instituição, organizar arquivos, gerenciar informações, auxiliando a coordenação nas tomadas de decisão;

03 - Controlar os processos de qualidade garantindo a continuidade nas atividades de cada recepção, conforme suas particularidades;

04 - Controlar indicadores de gestão de pessoal para garantir o bom funcionamento; gerir rodízio de funções e setores para cobertura de férias e faltas; controlar o ponto de cada colaborador garantindo a correção e acerto;

05 - Solicitar o processo seletivo de novos colaboradores e jovens aprendiz, realizando capacitação para nova função de acordo com o perfil do setor. Participar do processo de desligamento do colaborador, solicitando via sistema fluig quando necessário (solicitação do empregado/solicitação do empregador), de acordo com a política de recursos humanos da instituição;

06 - Acompanhar a prestação de informações ao público e clientes; atendimentos telefônico, escalas médicas e agendas de exames, alimentar e conferir a produção mensal das recepções para o alcance das metas contratualizadas;

07 - Acompanhar os fechamentos dos atendimentos para arquivo correto das informações dos pacientes, garantindo a segurança e sigilo das informações;

08 - Intermediar conflitos entre áreas internas e externas;

09 - Orientar trabalho e esclarecer dúvidas dos colaboradores sob sua responsabilidade; capacitando-os para o desenvolvimento de atividades e avaliando o desempenho das equipes;

10 - Controlar entrada e saída de transeuntes na instituição no sistema ICONTROL, realizar cadastros de pedestre e colaboradores nos sistemas de controle de acesso, extrair relatórios das portas de controle para verificação do número de pedestre/colaboradores evitando excessos; solicitar manutenção quando necessário para garantir o funcionamento perfeito dos equipamentos evitando pane;

11 - Gerir conflitos externos e internos primando para bom atendimento a ambas as partes, buscando soluções que tragam segurança e confiabilidade;

12 - Receber e remessar correspondências e documentos, preparar e encaminhar documentos, tirar cópias, enviar documentos solicitados pelos setores via motoboy, atender telefonemas e esclarecer dúvidas, elaborar e apresentar relatório aos departamentos quando solicitado e sempre manter organizados arquivos e cadastros da empresa;

13 - Acompanhar cumprimento de metas e prazos estabelecidos de trabalho;

14 - Providenciar substituição de insumos ordens de serviços, mobiliário estrutural e de informática; garantindo o bom funcionamento;

15 - Cumprir os requisitos internos, da organização, administrativos e do Sistema de Gestão da Qualidade;

Cargo / Centro de Custo / Unidade

SUPERVISOR DE RECEPÇÃO / HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS

RESPONSABILIDADES INSTITUCIONAIS:

01 - Garantir que as metas, estratégias, políticas e objetivos do Planejamento Estratégico sejam divulgados e entendidos por todos os colaboradores;

02 - Cumprir e fazer cumprir na sua área, a legislação vigente, o Regulamento, as Normas, Valores e Projetos Institucionais;

03 - Gerenciar os processos de sua área em sintonia com as outras áreas e lideranças para o alcance dos resultados Institucionais;

04 - Avaliar e acompanhar o desempenho de seus colaboradores dentro do modelo de “Gestão por Competências”, monitorando os planos de ação sem deixar que os prazos expirem e registrando feedbacks constantes, conforme padrão adotado pela instituição;

05 - Realizar outras atividades correlatas e/ou inerentes à sua função conforme descritas no respectivo Perfil Profissiográfico Previdenciário e/ou quando solicitadas pelo superior imediato.

ESPECIFICAÇÕES DO CARGO

Formação	MÍNIMO NECESSÁRIO * (Obrigatório): Superior em Andamento - Curso: Administração ou Áreas Afins DESEJÁVEL (Bom se tivesse, mas não é obrigatório): Pós-graduação - Curso: Administração, Gestão Hospitalar ou Áreas Afins	**Experiência**	Desejável de 06 meses a 01 ano no exercício do próprio cargo.
Preferências	**Sexo**: Ambos **Idade acima de**: 20	**Informática**	- Conhecimentos informática; - Pacote office intermediário (Word, Excel, Power Point); - TOTVS; - SigQuali; - Fluig; - GCPEC.
Conhecimento Técnico Específico	- Noção em legislação trabalhista; - Noção de código de defesa do consumidor; - Noção do estatuto do idoso e ECA; - Conhecimento de leis municipais que regem o serviço de saúde; - Conhecimento de ferramentas da qualidade (PDCA, 5s) - Domínio de indicadores gerenciais: Referência e contra – referência, evasão, sinistro, percentual de consultas,	**Observações**	

contratualizadas, absenteísmo, turnover;

- Domínio em gestão de pessoas e relacionamento interpessoal;

- Domínio em comunicação e inteligência emocional.

Cargo / Centro de Custo / Unidade

SUPERVISOR DE RECEPÇÃO / HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS

COMPETÊNCIA ORGANIZACIONAL		INDICADORES	CATEGORIA
HUMANIZAÇÃO	*Capacidade de conhecer o cliente, agir com empatia, valorizando suas necessidades, fornecendo soluções e tratamento que atendam e superem as suas expectativas.*	• Demonstra controle emocional e paciência no relacionamento com os outros e na condução de situações mais difíceis de trabalho. **(AT, E)** • Resolve as dúvidas e situações de atendimento ou encaminha as pessoas aos setores devidos, com uma atitude de acolhimento e interesse, mesmo quando não é solicitado. **(AT, E)**	**COMPLEMENTAR**
COMPROMETIMENTO	*Capacidade de assumir a responsabilidade na busca pela resolução de problemas e condução de situações cotidianas, demonstrando interesse, dedicação e iniciativa na busca pelos melhores resultados, conforme a missão da instituição.*	• Dedica-se em seu trabalho com qualidade, cumprindo os prazos e as metas estabelecidas. **(AT, E)** • Atua na solução dos problemas, mesmo que tenham sido causados por outro profissional, demonstrando comprometimento com o seu trabalho na instituição. **(AT, E)**	**ESSENCIAL**
ÉTICA	*Capacidade de agir de forma honesta e respeitosa, na sua conduta pessoal e profissional, com sigilo das informações, discrição nos comentários e coerência nas ações, com base em critérios justos e transparentes.*	• Tem uma postura respeitosa e íntegra, assumindo seus erros de forma transparente e colocando-se à disposição para corrigi-los prontamente. **(AT, E)** • Mantém sigilo e discrição das informações da instituição, pacientes e colegas de trabalho, não divulgando imagens e informações em ambiente interno, externo ou rede sociais. **(AT, E)**	**COMPLEMENTAR**

COMPETÊNCIA LIDERANÇA		INDICADORES	CATEGORIA
COMPROMISSO COM A QUALIDADE	*Capacidade de agir com foco na segurança e na melhoria contínua dentro de seu setor e nas interfaces dos processos, visando a obtenção e manutenção de padrões e certificações de qualidade.*	• Cumpre e faz cumprir as normas e protocolos institucionais, apoiando integralmente a unidade em seus projetos de qualidade e diretrizes. **(AT, E)** • Realiza treinamentos com a sua equipe com foco na melhoria dos processos, redução de custos e/ou para a obtenção de metas e resultados. **(AT, E)** • Executa os planos de ação (PDI) da sua avaliação de desempenho, bem como acompanha os planos de ação de seus colaboradores, atualizando-os no sistema antes do vencimento dos mesmos. **(AT, E)**	**COMPLEMENTAR**
COMUNICAÇÃO	*Capacidade de se expressar e ouvir o outro, transmitir ideias de forma clara, objetiva e imparcial, promovendo "Feedback" sempre que necessário e aceitando retorno sobre seu próprio desempenho.*	• Dá feedback individualizado para seus colaboradores, sobre as tarefas executadas e os comportamentos adotados, registrando por escrito tanto os elogios quanto as orientações. **(AT, E)** • Comunica as informações recebidas de seu superior de forma clara e objetiva aos seus subordinados e/ou pares, assumindo integralmente o compromisso pela orientação institucional. **(AT, E)**	**ESSENCIAL**
PLANEJAMENTO	*Capacidade de organizar ações de forma a facilitar a execução dos objetivos, estabelecendo metas, prazos e acompanhando sua equipe e seus resultados.*	• Utiliza adequadamente as ferramentas da qualidade para organização do seu planejamento de trabalho e o da sua equipe (agenda, cronogramas, PDCA, etc.). **(AT, E)** • Reavalia e/ou participa da Análise Critica Global semestralmente, por meio de reuniões registradas, compartilhando com a sua equipe e/ou superior as metas alcançadas e as ações de melhorias. **(AT, E)**	**ESSENCIAL**

Cargo / Centro de Custo / Unidade

SUPERVISOR DE RECEPÇÃO / HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS

RESILIÊNCIA	*Capacidade de entender e agir proativamente frente a situações novas, aceitando as mudanças e buscando formas diferentes de obter resultados para as pessoas e também para a organização.*	• Mostra capacidade de se adequar às mudanças e de ser flexível, sem atitudes resistentes diante das divergências de opiniões. **(AT, E)** • Gerencia sua equipe e seu setor frente as intercorrências e alterações de planejamento, atuando de maneira pró-ativa diante da situação, sem que isso tenha que lhe ser cobrado do seu superior. **(AT, E)**	**COMPLEMENTAR**

COMPETÊNCIA TÉCNICA		INDICADORES	CATEGORIA
TÉCNICA	*Capacidade de colocar em prática conhecimentos técnicos e profissionais expressos nas Especificações do Cargo descritas no seu PEC.*	• Domina e utiliza as ferramentas de informática para gestão da sua área e equipe ou para a gestão do próprio trabalho. **(AT, E)** • Tem a formação acadêmica (Escolaridade – Ex.: Ensino Médio, Ensino Superior, etc.) adequada para o exercício do cargo que ocupa (conforme previsto no seu PEC). **(AT, E)** • Tem conhecimentos técnicos específicos da sua função e da sua área (contidos no PEC) para desempenhar suas atividades de forma tecnicamente competente. **(AT, E)**	**ESSENCIAL**

Nome do ocupante _____ **Assinatura** _____

Cargo / Centro de Custo / Unidade

SUPERVISOR DE TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO / HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS

DESCRIÇÃO DO CARGO

CÓDIGO / CBO: 2123-15

Atividades e Responsabilidades Essenciais

PRINCIPAIS ATIVIDADES: 1) Coordenar e acompanhar a utilização dos recursos de hardwares e softwares;

2) Analisar diariamente as demandas dos setores do hospital no que diz respeito a tecnologia;

3) Propor melhorias nos processos operacionais apresentando soluções ou alternativas que gerem valor ao hospital;

4) Garantir para todos os setores da instituição a disponibilidade dos serviços de tecnologia da informação;

5) Garantir a segurança da informação através de normas e regras de tecnologia da instituição;

6) Garantir que todas as atividades tenham seu registro através de chamado técnico;

7) Realizar atendimento técnico;

8) Supervisionar e avaliar mensalmente os trabalhos de empresas terceirizadas prestadoras de serviços tecnológicos;

9) Realizar verificação de telefonia ramal PABX;

10) Analisar semanalmente o mercado, boas práticas e tecnologia que podem ser empregadas ao hospital;

11) Estimular todos os colaboradores TI prazo para implantações de soluções tecnológicas;

12) Analisar mensalmente o custo das ferramentas tecnológicas utilizadas e avaliar se estão de acordo;

13) Acompanhar reuniões para efeitos de verificação de melhorias.

RESPONSABILIDADES INSTITUCIONAIS: 1) Garantir que as metas, estratégias, políticas e objetivos do Planejamento Estratégico sejam divulgados e entendidos por todos os colaboradores;

2) Cumprir e fazer cumprir na sua área, a legislação vigente, o Regulamento, as Normas, Valores e Projetos Institucionais;

3) Gerenciar os processos de sua área em sintonia com as outras áreas e lideranças para o alcance dos resultados Institucionais.

4) Avaliar e acompanhar o desempenho de seus colaboradores dentro do modelo de “Gestão por Competências”, monitorando os planos de ação sem deixar que os prazos expirem e registrando feedbacks constantes, conforme padrão adotado pela instituição.

5) Realizar outras atividades correlatas e/ou inerentes à sua função conforme descritas no respectivo Perfil Profissiográfico Previdenciário e/ou quando solicitadas pelo superior imediato.

ESPECIFICAÇÕES DO CARGO

Formação	MÍNIMO NECESSÁRIO * (Obrigatório): Superior Completo - Curso: Tecnologia da Informação, Ciência da Computação ou Áreas Afins. DESEJÁVEL (Bom se tivesse, mas não é obrigatório): Pós-graduação - Curso: Engenharia de Software, Ciência de Dados ou Áreas Afins	**Experiência**	Experiência de 06 meses a 01 ano
Preferências	**Sexo**: Ambos **Idade acima de**: 23	**Informática**	Sistemas de informação utilizados no hospital

Conhecimento Técnico Específico	- Conhecimento de redes de computadores; - Domínio de sistemas gerenciadores de banco de dados; - Noção de gerenciamento de servidores; - Conhecimento de rotinas de funcionamento de unidades hospitalares; - Conhecimento de ferramentas de qualidade; - Domínio em gestão de parques tecnológicos. - Conhecimento em telefonia PABX; - Domínio de máquinas virtuais; - Conhecimento de plataformas web; - Domínio em cabeamento e estutura de redes; - Conhecimento em ferramentas web; - Noção de organização de cabos e fios; - Domínio pacote Office.	**Observações**	

Cargo / Centro de Custo / Unidade

SUPERVISOR DE TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO / HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS

COMPETÊNCIA ORGANIZACIONAL		INDICADORES	CATEGORIA
HUMANIZAÇÃO	*Capacidade de conhecer o cliente, agir com empatia, valorizando suas necessidades, fornecendo soluções e tratamento que atendam e superem as suas expectativas.*	• Demonstra controle emocional e paciência no relacionamento com os outros e na condução de situações mais difíceis de trabalho. **(AT, E)** • Resolve as dúvidas e situações de atendimento ou encaminha as pessoas aos setores devidos, com uma atitude de acolhimento e interesse, mesmo quando não é solicitado. **(AT, E)**	**COMPLEMENTAR**
COMPROMETIMENTO	*Capacidade de assumir a responsabilidade na busca pela resolução de problemas e condução de situações cotidianas, demonstrando interesse, dedicação e iniciativa na busca pelos melhores resultados, conforme a missão da instituição.*	• Dedica-se em seu trabalho com qualidade, cumprindo os prazos e as metas estabelecidas. **(AT, E)** • Atua na solução dos problemas, mesmo que tenham sido causados por outro profissional, demonstrando comprometimento com o seu trabalho na instituição. **(AT, E)**	**COMPLEMENTAR**
ÉTICA	*Capacidade de agir de forma honesta e respeitosa, na sua conduta pessoal e profissional, com sigilo das informações, discrição nos comentários e coerência nas ações, com base em critérios justos e transparentes.*	• Tem uma postura respeitosa e íntegra, assumindo seus erros de forma transparente e colocando-se à disposição para corrigi-los prontamente. **(AT, E)** • Mantém sigilo e discrição das informações da instituição, pacientes e colegas de trabalho, não divulgando imagens e informações em ambiente interno, externo ou rede sociais. **(AT, E)**	**ESSENCIAL**

COMPETÊNCIA LIDERANÇA		INDICADORES	CATEGORIA
COMUNICAÇÃO	*Capacidade de se expressar e ouvir o outro, transmitir ideias de forma clara, objetiva e imparcial, promovendo "Feedback" sempre que necessário e aceitando retorno sobre seu próprio desempenho.*	• Dá feedback individualizado para seus colaboradores, sobre as tarefas executadas e os comportamentos adotados, registrando por escrito tanto os elogios quanto as orientações. **(AT, E)** • Comunica as informações recebidas de seu superior de forma clara e objetiva aos seus subordinados e/ou pares, assumindo integralmente o compromisso pela orientação institucional. **(AT, E)**	**ESSENCIAL**
COMPROMISSO COM A QUALIDADE	*Capacidade de agir com foco na segurança e na melhoria contínua dentro de seu setor e nas interfaces dos processos, visando a obtenção e manutenção de padrões e certificações de qualidade.*	• Cumpre e faz cumprir as normas e protocolos institucionais, apoiando integralmente a unidade em seus projetos de qualidade e diretrizes. **(AT, E)** • Realiza treinamentos com a sua equipe com foco na melhoria dos processos, redução de custos e/ou para a obtenção de metas e resultados. **(AT, E)** • Executa os planos de ação (PDI) da sua avaliação de desempenho, bem como acompanha os planos de ação de seus colaboradores, atualizando-os no sistema antes do vencimento dos mesmos. **(AT, E)**	**COMPLEMENTAR**
PLANEJAMENTO	*Capacidade de organizar ações de forma a facilitar a execução dos objetivos, estabelecendo metas, prazos e acompanhando sua equipe e seus resultados.*	• Utiliza adequadamente as ferramentas da qualidade para organização do seu planejamento de trabalho e o da sua equipe (agenda, cronogramas, PDCA, etc.). **(AT, E)** • Reavalia e/ou participa da Análise Critica Global semestralmente, por meio de reuniões registradas, compartilhando com a sua equipe e/ou superior as metas alcançadas e as ações de melhorias. **(AT, E)**	**ESSENCIAL**

Cargo / Centro de Custo / Unidade

SUPERVISOR DE TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO / HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS

RESILIÊNCIA	*Capacidade de entender e agir proativamente frente a situações novas, aceitando as mudanças e buscando formas diferentes de obter resultados para as pessoas e também para a organização.*	• Mostra capacidade de se adequar às mudanças e de ser flexível, sem atitudes resistentes diante das divergências de opiniões. **(AT, E)** • Gerencia sua equipe e seu setor frente as intercorrências e alterações de planejamento, atuando de maneira pró-ativa diante da situação, sem que isso tenha que lhe ser cobrado do seu superior. **(AT, E)**	**COMPLEMENTAR**

COMPETÊNCIA TÉCNICA		INDICADORES	CATEGORIA
TÉCNICA	*Capacidade de colocar em prática conhecimentos técnicos e profissionais expressos nas Especificações do Cargo descritas no seu PEC.*	• Domina e utiliza as ferramentas de informática para gestão da sua área e equipe ou para a gestão do próprio trabalho. **(AT, E)** • Tem a formação acadêmica (Escolaridade – Ex.: Ensino Médio, Ensino Superior, etc.) adequada para o exercício do cargo que ocupa (conforme previsto no seu PEC). **(AT, E)** • Tem conhecimentos técnicos específicos da sua função e da sua área (contidos no PEC) para desempenhar suas atividades de forma tecnicamente competente. **(AT, E)**	**ESSENCIAL**

Nome do ocupante _____ **Assinatura** _____

SUPERVISOR DOS SERVIÇOS DE FISIOTERAPIA / HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS

DESCRIÇÃO DO CARGO

CÓDIGO / CBO: 2236-05

Atividades e Responsabilidades Essenciais

PRINCIPAIS ATIVIDADES:

01 - Aplicar as normas legais referentes ao funcionamento da unidade assistencial e definir instruções de serviços internos;

02 - Organizar o fluxo de atendimento fisioterapêutico aos usuários do serviço;

03 - Controlar ocorrência de eventos adversos, notificações e criar ações para prevenção dos mesmos;

04 - Supervisionar os serviços de reabilitação de pacientes na realização de diagnósticos específicos. Supervisionar, orientar e fiscalizar a execução de técnicas fisioterapêuticas durante os atendimentos ambulatoriais e Unidades de internação. Supervisionar a equipe de fisioterapia e realizar solicitações de contratações e demissões de fisioterapeutas. Supervisionar a promoção e a manutenção das funções no cliente/paciente através de procedimentos e acompanhar a realização de diagnósticos específicos. Supervisionar a operação de equipamentos e instrumentos de trabalho;

05 - Entregar mensalmente ao RH devidamente protocolado os registros de treinamentos e avaliações;

06 - Participar de reuniões propostas por outros setores da instituição quando solicitado;

07 - Enviar ao setor de auditoria do PAM Marechal mensalmente as guias de fisioterapia devidamente protocoladas e conferidas para análise do setor de auditoria.

08 - Controlar e disponibilizar diariamente materiais suficientes para uso do serviço de fisioterapia.

09 - Realizar mensalmente relatórios de controle necessários e definidos ao serviço de fisioterapia;

10 - Realizar semanalmente coleta de dados para indicadores de fisioterapia; Realizar mensalmente análise crítica dos indicadores de fisioterapia; Organizar e fiscalizar o funcionamento das rotinas estabelecidas para o serviço de fisioterapia; Realizar o controle mensal e de prevalência de doenças atendidas pelo serviço de fisioterapia. Realizar, sempre que necessário, reuniões com a equipe de fisioterapeutas para discussões de assuntos pertinentes ao serviço e registrar em ATA; Realizar, acompanhar e analisar planos de ações mensais para melhorias no serviço de fisioterapia.

11 - Garantir que as metas, estratégias, políticas e objetivos do Planejamento Estratégico sejam divulgados e entendidos por todos os colaboradores;

12 – Realizar consulta fisioterapêutica, anamnese; Solicitar e realizar interconsulta e encaminhamentos; Realizar ações de prevenção, promoção, proteção, educação, intervenção, recuperação, habilitação e reabilitação do paciente, utilizando protocolos e procedimentos específicos de fisioterapia;

13 - Realizar avaliação cinesiofuncional do sistema cardiorrespiratório, neuro-músculo-esquelético, monitoramento da via aérea natural e artificial do paciente e demais sistemas;

14 - Prescrever e executar terapêutica cardiorrespiratória e neuro-músculo-esquelética; Aplicar métodos, técnicas e recursos de expansão pulmonar, remoção de secreção, fortalecimento muscular, recondicionamento cardiorrespiratório e suporte ventilatório;

RESPONSABILIDADES INSTITUCIONAIS:

01 - Garantir que as metas, estratégias, políticas e objetivos do Planejamento Estratégico sejam divulgados e entendidos por todos os colaboradores;

02 - Cumprir e fazer cumprir na sua área, a legislação vigente, o Regulamento, as Normas, Valores e Projetos Institucionais;

03 - Gerenciar os processos de sua área em sintonia com as outras áreas e lideranças para o alcance dos resultados Institucionais;

04 - Avaliar e acompanhar o desempenho de seus colaboradores dentro do modelo de “Gestão por Competências”, monitorando os planos de ação sem deixar que os prazos expirem e registrando feedbacks constantes, conforme padrão adotado pela instituição;

05 - Realizar outras atividades correlatas e/ou inerentes à sua função conforme descritas no respectivo Perfil Profissiográfico Previdenciário e/ou quando solicitadas pelo superior imediato.

ESPECIFICAÇÕES DO CARGO

Formação	MÍNIMO NECESSÁRIO * (Obrigatório) : Superior completo em Fisioterapia DESEJÁVEL (Bom se tivesse, mas não é obrigatório) Pós-graduação MBA ou Pós em qualquer área da saúde *Título de Especialista reconhecido pela ASSOBRAFIR/COFFITO	**Experiência**	Desejável de 06 meses a 01 ano no exercício do próprio cargo;
Preferências	**Sexo**: Ambos **Idade acima de**: 23	**Informática**	- Pacote office básico (Word, Excel, Power Point); - TOTVS; - SigQuali; - Fluig; - GCPEC.
Conhecimento Técnico Específico	- Conhecimento em gestão hospitalar; - Conhecimento de legislação relacionada ao serviço de fisioterapia; - Domínio de técnicas e competências fisioterapêuticas; Conhecimento da RDC7 e NR32; - Domínio das técnicas fisioterapêuticas respiratórias; - Domínio de ventilação mecânica; - Conhecimento de ferramentas de qualidade;	**Observações**	Necessário registro ativo no conselho da categoria.

- Domínio de indicadores gerenciais, percentual de evolução motora, taxa de reintubação em 48h, pacientes retirados da ventilação mecânica;

- Conhecimento dos equipamentos e materiais críticos do setor.

P.E.C. – PERFIL ESTRUTURADO POR COMPETÊNCIAS

Cargo / Centro de Custo / Unidade

SUPERVISOR DOS SERVIÇOS DE FISIOTERAPIA / HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS

COMPETÊNCIA ORGANIZACIONAL		INDICADORES	CATEGORIA
COMPROMETIMENTO	*Capacidade de assumir a responsabilidade na busca pela resolução de problemas e condução de situações cotidianas, demonstrando interesse, dedicação e iniciativa na busca pelos melhores resultados, conforme a missão da instituição.*	• Dedica-se em seu trabalho com qualidade, cumprindo os prazos e as metas estabelecidas. **(AT, E)** • Atua na solução dos problemas, mesmo que tenham sido causados por outro profissional, demonstrando comprometimento com o seu trabalho na instituição. **(AT, E)**	**ESSENCIAL**
ÉTICA	*Capacidade de agir de forma honesta e respeitosa, na sua conduta pessoal e profissional, com sigilo das informações, discrição nos comentários e coerência nas ações, com base em critérios justos e transparentes.*	• Tem uma postura respeitosa e íntegra, assumindo seus erros de forma transparente e colocando-se à disposição para corrigi-los prontamente. **(AT, E)** • Mantém sigilo e discrição das informações da instituição, pacientes e colegas de trabalho, não divulgando imagens e informações em ambiente interno, externo ou rede sociais. **(AT, E)**	**COMPLEMENTAR**
HUMANIZAÇÃO	*Capacidade de conhecer o cliente, agir com empatia, valorizando suas necessidades, fornecendo soluções e tratamento que atendam e superem as suas expectativas.*	• Demonstra controle emocional e paciência no relacionamento com os outros e na condução de situações mais difíceis de trabalho. **(AT, E)** • Resolve as dúvidas e situações de atendimento ou encaminha as pessoas aos setores devidos, com uma atitude de acolhimento e interesse, mesmo quando não é solicitado. **(AT, E)**	**COMPLEMENTAR**

COMPETÊNCIA LIDERANÇA		INDICADORES	CATEGORIA
COMPROMISSO COM A QUALIDADE	*Capacidade de agir com foco na segurança e na melhoria contínua dentro de seu setor e nas interfaces dos processos, visando a obtenção e manutenção de padrões e certificações de qualidade.*	• Cumpre e faz cumprir as normas e protocolos institucionais, apoiando integralmente a unidade em seus projetos de qualidade e diretrizes. **(AT, E)** • Realiza treinamentos com a sua equipe com foco na melhoria dos processos, redução de custos e/ou para a obtenção de metas e resultados. **(AT, E)** • Executa os planos de ação (PDI) da sua avaliação de desempenho, bem como acompanha os planos de ação de seus colaboradores, atualizando-os no sistema antes do vencimento dos mesmos. **(AT, E)**	**ESSENCIAL**
COMUNICAÇÃO	*Capacidade de se expressar e ouvir o outro, transmitir ideias de forma clara, objetiva e imparcial, promovendo "Feedback" sempre que necessário e aceitando retorno sobre seu próprio desempenho.*	• Dá feedback individualizado para seus colaboradores, sobre as tarefas executadas e os comportamentos adotados, registrando por escrito tanto os elogios quanto as orientações. **(AT, E)** • Comunica as informações recebidas de seu superior de forma clara e objetiva aos seus subordinados e/ou pares, assumindo integralmente o compromisso pela orientação institucional. **(AT, E)**	**ESSENCIAL**
PLANEJAMENTO	*Capacidade de organizar ações de forma a facilitar a execução dos objetivos, estabelecendo metas, prazos e acompanhando sua equipe e seus resultados.*	• Utiliza adequadamente as ferramentas da qualidade para organização do seu planejamento de trabalho e o da sua equipe (agenda, cronogramas, PDCA, etc.). **(AT, E)** • Reavalia e/ou participa da Análise Critica Global semestralmente, por meio de reuniões registradas, compartilhando com a sua equipe e/ou superior as metas alcançadas e as ações de melhorias. **(AT, E)**	**COMPLEMENTAR**

Cargo / Centro de Custo / Unidade

SUPERVISOR DOS SERVIÇOS DE FISIOTERAPIA / HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS

RESILIÊNCIA	*Capacidade de entender e agir proativamente frente a situações novas, aceitando as mudanças e buscando formas diferentes de obter resultados para as pessoas e também para a organização.*	• Mostra capacidade de se adequar às mudanças e de ser flexível, sem atitudes resistentes diante das divergências de opiniões. **(AT, E)** • Gerencia sua equipe e seu setor frente as intercorrências e alterações de planejamento, atuando de maneira pró-ativa diante da situação, sem que isso tenha que lhe ser cobrado do seu superior. **(AT, E)**	**COMPLEMENTAR**

COMPETÊNCIA TÉCNICA		INDICADORES	CATEGORIA
TÉCNICA	*Capacidade de colocar em prática conhecimentos técnicos e profissionais expressos nas Especificações do Cargo descritas no seu PEC.*	• Domina e utiliza as ferramentas de informática para gestão da sua área e equipe ou para a gestão do próprio trabalho. **(AT, E)** • Tem a formação acadêmica (Escolaridade – Ex.: Ensino Médio, Ensino Superior, etc.) adequada para o exercício do cargo que ocupa (conforme previsto no seu PEC). **(AT, E)** • Tem conhecimentos técnicos específicos da sua função e da sua área (contidos no PEC) para desempenhar suas atividades de forma tecnicamente competente. **(AT, E)**	**ESSENCIAL**

Nome do ocupante _____ **Assinatura** _____

10.2.3: ÁREA DA QUALIDADE TÉCNICA

EXPERIÊNCIA DA DIRETORIA

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

Nome	Certificação
Mariana de Magalhaes Barbosa Leite	MBA em gestão Hospitalar e Segurança do Paciente
Caroline Ferreira Pereira	MBA em gestão Hospitalar e Segurança do Paciente
Leandro Marchito Bonoto	MBA em gestão Hospitalar e Segurança do Paciente
Jefferson Mendonça	MBA em gestão Hospitalar e Segurança do Paciente
Andreia Monteiro	MBA em gestão Hospitalar e Segurança do Paciente
Felipe Souza Rosa	MBA em gestão Hospitalar e Segurança do Paciente
Kleiton Vianelo	MBA em gestão Hospitalar e Segurança do Paciente
Carla Machado	MBA em gestão Hospitalar e Segurança do Paciente
Bruna Aquino Póvoa	MBA em gestão Hospitalar e Segurança do Paciente

DECLARAÇÃO INTERESSE

Eu, Andreia Monteiro Baptista de Andrade , inscrita no CPF 022.107.347-70, MANIFESTO INTERESSE em atuar na equipe de gerência (direção) do Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado - HERSO, localizado na localizado na Av. Uirapuru, s/n - Parque Res. Isaura, Santa Helena de Goiás - GO, 75920-000, no Estado de Goiás, sob gestão do Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus (CNPJ 21.583.042/0001-72).

Juiz de Fora, 31 de agosto de 2023.

ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE
HOSPITAL MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS

Declaramos para os fins que fizerem necessário que **Andreia Monteiro Baptista de Andrade**, matrícula **19/150272** concluiu nesta Faculdade o curso de Pós-Graduação "*lato-sensu*" **MBA - Gestão de Organizações Hospitalares e Segurança do Paciente** que teve início no dia 30/08/2019 e término em 07/05/2022, com carga horária total de 440 h/a.
Aguardando somente a entrega do certificado de conclusão de curso, o mesmo já requerido com o protocolo de **nº15328**

Juiz de Fora, 14 de julho de 2023

Este documento foi gerado pelo sistema Acadêmico da Faculdade de Ciências Medicas e da Saúde de Juiz de Fora – FCMS/JF
Para verificar a autenticidade desse documento, acesso o QR Code ao lado ou o site http://portal.suprema.edu.br/Corpore.Net/Source/Rpt-GeradorRelatoriosNet/RM.Rpt.Reports/Anonymous/RptFindReportByGuid.aspx
Identificador do relatório : 9c37ec3b-b99e-4e42-a827-85d0ea290df4

DECLARAÇÃO INTERESSE

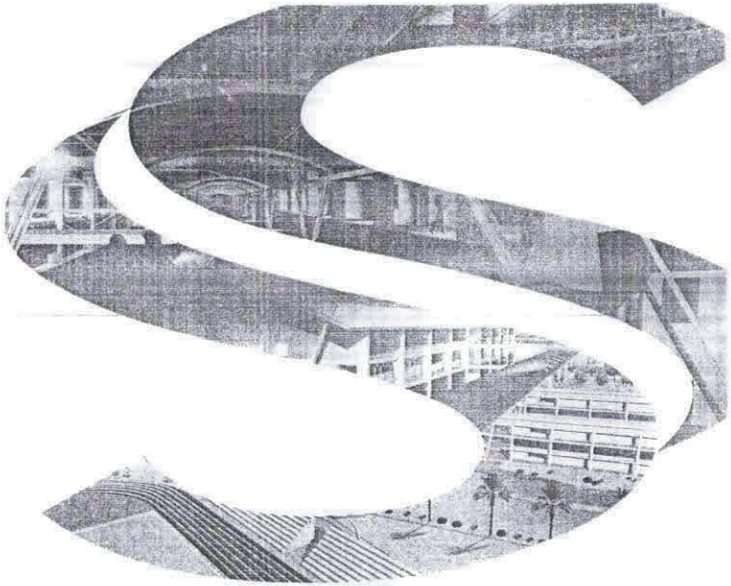
Eu, Bruna de Aquino Póvoa, inscrita no CPF 089.334.006-56, MANIFESTO INTERESSE em atuar na equipe de gerência (direção) do Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado - HERSO, localizado na localizado na Av. Uirapuru, s/n - Parque Res. Isaura, Santa Helena de Goiás - GO, 75920-000, no Estado de Goiás, sob gestão do Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus (CNPJ 21.583.042/0001-72).

Juiz de Fora, 31 de agosto de 2023.

ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE
HOSPITAL MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS

Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de Juiz de Fora

Certificado



A Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de Juiz de Fora, confere o presente certificado a ***Bruna Aquino Póvoa****, por haver concluído com frequência e aproveitamento o Curso de Pós-Graduação "lato-sensu" em* ***MBA - Gestão em Saúde e Segurança*** *do* ***Paciente****, em nível de especialização, realizado no período de 3 de outubro de 2014 a 17 de setembro de 2016, com carga horária total de 440h/a, tendo cumprido todas as disposições da Resolução CNE/CES Nº1 de 8 de junho de 2007, para que possa gozar de todos os direitos e prerrogativas legais.*

Juiz de Fora, 30 de agosto de 2017.

Dr. Djalma Rabelo Ricardo
Diretor de Ensino, Pesquisa e Extensão

Dr. Jorge Montessi
Diretor Geral

1157

DECLARAÇÃO INTERESSE

Eu, Carla Machado dos Santos, inscrita no CPF 023.420.807-43, MANIFESTO INTERESSE em atuar na equipe de gerência (direção) do Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado - HERSO, localizado na localizado na Av. Uirapuru, s/n - Parque Res. Isaura, Santa Helena de Goiás - GO, 75920-000, no Estado de Goiás, sob gestão do Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus (CNPJ 21.583.042/0001-72).

Juiz de Fora, 31 de agosto de 2023.

HMTJ
ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE
HOSPITAL MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS

Declaramos para os fins que fizerem necessário que **Carla Machado dos Santos**, matrícula **19/150222** concluiu nesta Faculdade o curso de Pós-Graduação "*lato-sensu*" **MBA - Gestão de Organizações Hospitalares e Segurança do Paciente** que teve início no dia 30/08/2019 e término em 07/05/2022, com carga horária total de 440 h/a.
Aguardando somente a entrega do certificado de conclusão de curso, o mesmo já requerido com o protocolo de **nº15320**

Juiz de Fora, 13 de julho de 2023

Este documento foi gerado pelo sistema Acadêmico da Faculdade de Ciências Medicas e da Saúde de Juiz de Fora – FCMS/JF
Para verificar a autenticidade desse documento, acesso o QR Code ao lado ou o site http://portal.suprema.edu.br/Corpore.Net/Source/Rpt-GeradorRelatoriosNet/RM.Rpt.Reports/Anonymous/RptFindReportByGuid.aspx
Identificador do relatório : e7a089e3-6a57-458d-931c-f5672a3709fa

DECLARAÇÃO INTERESSE

Eu, Caroline Ferreira Pereira, inscrita no CPF 089578106-92, MANIFESTO INTERESSE em atuar na equipe de gerência (direção) do Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado - HERSO, localizado na localizado na Av. Uirapuru, s/n - Parque Res. Isaura, Santa Helena de Goiás - GO, 75920-000, no Estado de Goiás, sob gestão do Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus (CNPJ 21.583.042/0001-72).

Juiz de Fora, 31 de agosto de 2023.

Caroline Ferreira Pereira

ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE
HOSPITAL MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS

Digitalizado com CamScanner

PÓS GRADUAÇÃO

CERTIFICADO

Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de Juiz de Fora

Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de Juiz de Fora, confere o presente certificado a

Caroline Ferreira Pereira,

por haver concluído com frequência e aproveitamento o Curso de Pós-Graduação "lato-sensu" em **MBA - Gestão de Organizações Hospitalares e Segurança do Paciente,** realizado no período de 30 de agosto de 2019 a 7 de maio de 2022, com carga horária total de 440h/a, tendo cumprido todas as disposições da Resolução CNE/CES nº 1 de 6 de abril de 2018, para que possa gozar de todos os direitos e prerrogativas legais.

Juiz de Fora, 15 de julho de 2022.

Dr. Djalma Rabelo Ricardo
Diretor de Ensino, Pesquisa e Extensão

Jorge Montessi
Diretor Geral

SUPREMA
Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de Juiz de Fora

DECLARAÇÃO INTERESSE

Eu, Felipe de Souza Rosa, inscrita no CPF 080.262.966-05, MANIFESTO INTERESSE em atuar na equipe de gerência (direção) do Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado - HERSO, localizado na localizado na Av. Uirapuru, s/n - Parque Res. Isaura, Santa Helena de Goiás - GO, 75920-000, no Estado de Goiás, sob gestão do Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus (CNPJ 21.583.042/0001-72).

Juiz de Fora, 31 de agosto de 2023.

Felipe Rosa

Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de Juiz de Fora

Certificado



SUPREMA

A Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de Juiz de Fora, confere o presente certificado a ***Felipe de Souza Rosa****, por haver concluído com frequência e aproveitamento o Curso de Pós-Graduação "lato-sensu" em* ***MBA - Gestão em Saúde e Segurança do Paciente – Turma 02****, em nível de especialização, realizado no período de 23 de setembro de 2016 a 22 de setembro de 2018, com carga horária total de 440h/a, tendo cumprido todas as disposições da Resolução CNE/CES Nº1 de 8 de junho de 2007, para que possa gozar de todos os direitos e prerrogativas legais.*

Juiz de Fora, 23 de maio 2019.

Dr. Djalma Rabelo Ricardo
Diretor de Ensino, Pesquisa e Extensão

Jorge Montessi
Diretor Geral

DECLARAÇÃO INTERESSE

Eu, Jefferson Luiz da Silva Mendonça, inscrita no CPF 090.054.946-70, MANIFESTO INTERESSE em atuar na equipe de gerência (direção) do Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado - HERSO, localizado na localizado na Av. Uirapuru, s/n - Parque Res. Isaura, Santa Helena de Goiás - GO, 75920-000, no Estado de Goiás, sob gestão do Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus (CNPJ 21.583.042/0001-72).

Juiz de Fora, 31 de agosto de 2023.

PÓS GRADUAÇÃO

CERTIFICADO

Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de Juiz de Fora

Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de Juiz de Fora, confere o presente certificado a

Jefferson Luiz da Silva Mendonça,

por haver concluído com frequência e aproveitamento o Curso de Pós-Graduação "lato-sensu" em **MBA - Gestão de Organizações Hospitalares e Segurança do Paciente,** realizado no período de 30 de agosto de 2019 a 7 de maio de 2022, com carga horária total de 440h/a, tendo cumprido todas as disposições da Resolução CNE/CES nº 1 de 6 de abril de 2018, para que possa gozar de todos os direitos e prerrogativas legais.

Juiz de Fora, 31 de maio de 2022.

Dr. Djalma Rabelo Ricardo
Diretor de Ensino, Pesquisa e Extensão

Jorge Montessi
Diretor Geral

SUPREMA
Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de Juiz de Fora

DECLARAÇÃO INTERESSE

Eu, Kleiton Oliveira Vianelo, inscrita no CPF 058.731.106-11, MANIFESTO INTERESSE em atuar na equipe de gerência (direção) do Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado - HERSO, localizado na localizado na Av. Uirapuru, s/n - Parque Res. Isaura, Santa Helena de Goiás - GO, 75920-000, no Estado de Goiás, sob gestão do Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus (CNPJ 21.583.042/0001-72).

Juiz de Fora, 31 de agosto de 2023.

Kleiton Oliveira Vianelo

Declaramos para os fins que fizerem necessário que **Kleiton Oliveira Vianelo**, matrícula **12/150040** concluiu nesta Faculdade o curso de Pós-Graduação "*lato-sensu*" **Governança Clínica e Segurança da Assistência Hospitalar** que teve início no dia 10/08/2012 e término em 22/03/2014, com carga horária total de 380 h/a.
Aguardando somente a entrega do certificado de conclusão de curso, o mesmo já requerido com o protocolo de **nº15321**

Juiz de Fora, 13 de julho de 2023

Este documento foi gerado pelo sistema Acadêmico da Faculdade de Ciências Medicas e da Saúde de Juiz de Fora – FCMS/JF
Para verificar a autenticidade desse documento, acesso o QR Code ao lado ou o site http://portal.suprema.edu.br/Corpore.Net/Source/Rpt-GeradorRelatoriosNet/RM.Rpt.Reports/Anonymous/RptFindReportByGuid.aspx
Identificador do relatório : 14d905fd-21ca-4929-9af6-5eceb5eecd53

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA

CERTIFICADO DE ESPECIALIZAÇÃO

O Reitor da Universidade Federal de Juiz de Fora, no uso de suas atribuições, certifica que **KLEITON OLIVEIRA VIANELO,** nascido em 29 de agosto de 1983, natural do estado de Minas Gerais, concluiu o **CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM CAPACITAÇÃO DE GERENTES HOSPITALARES - PROHOSP, aprovado pela Resolução nº 48/2008-CSPP,** ministrado no período de 28/08/2010 a 16/07/2011 com 540 horas/aula, outorgando-lhe o presente certificado para que possa gozar de todas as prerrogativas inerentes ao título.

Juiz de Fora, 12 de junho de 2013.

José Fonseca Marangon

Henrique Duque de Miranda Chaves Filho
Reitor

DECLARAÇÃO INTERESSE

Eu, Leandro Bonoto Marchito, inscrita no CPF 083.197.636-57, MANIFESTO INTERESSE em atuar na equipe de gerência (direção) do Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado - HERSO, localizado na localizado na Av. Uirapuru, s/n - Parque Res. Isaura, Santa Helena de Goiás - GO, 75920-000, no Estado de Goiás, sob gestão do Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus (CNPJ 21.583.042/0001-72).

Juiz de Fora, 31 de agosto de 2023.

PÓS GRADUAÇÃO

CERTIFICADO

Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de Juiz de Fora

Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de Juiz de Fora, confere o presente certificado a

Leandro Bonoto Marchito,

por haver concluído com frequência e aproveitamento o Curso de Pós-Graduação "lato-sensu" em **MBA - Gestão de Organizações Hospitalares e Segurança do Paciente,** realizado no período de 30 de agosto de 2019 a 7 de maio de 2022, com carga horária total de 440h/a, tendo cumprido todas as disposições da Resolução CNE/CES nº 1 de 6 de abril de 2018, para que possa gozar de todos os direitos e prerrogativas legais.

Juiz de Fora, 31 de maio de 2022.

Dr. Djalma Rabelo Ricardo
Diretor de Ensino, Pesquisa e Extensão

Jorge Montessi
Diretor Geral

SUPREMA
Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de Juiz de Fora

DECLARAÇÃO INTERESSE

Eu, Mariana de Magalhaes Barbosa Leite , inscrita no CPF 067.482.636-11, MANIFESTO INTERESSE em atuar na equipe de gerência (direção) do Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado - HERSO, localizado na localizado na Av. Uirapuru, s/n - Parque Res. Isaura, Santa Helena de Goiás - GO, 75920-000, no Estado de Goiás, sob gestão do Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus (CNPJ 21.583.042/0001-72).

Juiz de Fora, 31 de agosto de 2023.

Mariana Leite

PÓS GRADUAÇÃO

CERTIFICADO

Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de Juiz de Fora

Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de Juiz de Fora, confere o presente certificado a

Mariana de Magalhães Barbosa Leite,

por haver concluído com frequência e aproveitamento o Curso de Pós-Graduação "lato-sensu" em **MBA - Gestão de Organizações Hospitalares e Segurança do Paciente,** realizado no período de 30/08/2019 a 07/05/2022, com carga horária total de 440h/a, tendo cumprido todas as disposições da Resolução CNE/CES nº 1 de 6 de abril de 2018, para que possa gozar de todos os direitos e prerrogativas legais.

Juiz de Fora, 5 de maio de 2023.

Dr. Djalma Rabelo Ricardo
Diretor de Ensino, Pesquisa e Extensão

Jorge Montessi
Diretor Geral

SUPREMA

1172

Registro: 52 Folha:2 Livro:20235001
Juiz de Fora, 5 de maio de 2023

Responsável pelo Registro:

Claudiléia Paiva
Gerente de Pós-Graduação

Assinam esse Certificado: Dr. Jorge Montessi – Diretor Geral, indicado pela Mantenedora, o Professor Djalma Rabelo Ricardo – Diretor de Ensino, Pesquisa e Extensão.

FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS E DA SAÚDE DE JUIZ DE FORA
Credenciada pela portaria Nº 3726, de 23 dezembro de 2002.
DOU – Diário Oficial da União.

Título do Trabalho Final: RECANTO DA SERRA - INSTITUIÇÃO DE LONGA PERMANÊNCIA
Nota: 8

Assinado digitalmente por DJALMA RABELO RICARDO:80531334600 Data: 11/05/2023 09:28:00 -03:00

Assinado digitalmente por ANALICE ALVES ALMEIDA DE OLIVEIRA:79658148620 Data: 11/05/2023 09:37:19 -03:00

Assinado digitalmente por SUPREMA-SOCIEDADE UNIVERSITARIA PARA O ENSINO MED:05079440000108 Data: 11/05/2023 09:39:47 -03:00

DECLARAÇÃO INTERESSE

Eu, Belmiro Costa Neto, inscrito no CPF sob o número 067.101.186-30, MANIFESTO INTERESSE em atuar na equipe de gerência (direção) do Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado - HERSO, localizado na localizado na Av. Uirapuru, s/n - Parque Res. Isaura, Santa Helena de Goiás - GO, 75920-000, no Estado de Goiás, sob gestão do Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus (CNPJ 21.583.042/0001-72).

Juiz de Fora, 22 de setembro de 2023.

Belmiro Costa Neto

NOME:

CPF:

10.2.3: ÁREA DA QUALIDADE TÉCNICA

EXPERIÊNCIA DA DIRETORIA

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

ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE
HOSPITAL MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS

ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA

HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS, entidade filantrópica e sem finalidades lucrativas, inscrita no CNPJ/MF n. 21.583.042/0001-72, com sede na Rua Dr. Dirceu de Andrade, 33, São Mateus | Juiz de Fora / MG | CEP: 36025-140 atesta que o **Dr. Belmiro Costa Neto**, inscrito no CRM MG sob o número 50413, é profissional com vasta experiência no gerenciamento e administração de Unidades de Pronto Atendimento, atua como Médico Responsável Técnico da Unidade de Pronto Atendimento Geraldo dos Reis Ribeiro, na cidade de Timóteo/MG desde o ano de 2020, exercendo seu mister de liderança dos colaboradores da Upa Geraldo dos Reis Ribeiro de forma exemplar, dirigindo e coordenando o corpo clínico, supervisionando a execução das atividades de assistência médica, organização da escala de plantonistas, zelando para que não existam lacunas durante o período de funcionamento, não havendo registros que desabonem sua conduta.

Benedito Z. L. Jendiroba
Diretor Financeiro – OSS HMTJ

Marco Antonio Guimarães de Almeida
Diretor Presidente – OSS HMTJ

Este documento foi assinado eletronicamente por BENEDITO ZULMIRO LADEIRA JENDIROBA e Marco Antonio Guimaraes De Almeida.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://vertsign.portaldeassinaturas.com.br:443 e utilize o código 5741-DCDD-8B5C-4F7F.

Este documento foi assinado eletronicamente por BENEDITO ZULMIRO LADEIRA JENDIROBA e Marco Antonio Guimaraes De Almeida.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://vertsign.portaldeassinaturas.com.br:443 e utilize o código 5741-DCDD-8B5C-4F7F.

PROTOCOLO DE ASSINATURA(S)

O documento acima foi proposto para assinatura digital na plataforma Portal Vertsign. Para verificar as assinaturas clique no link: https://vertsign.portaldeassinaturas.com.br/Verificar/5741-DCDD-8B5C-4F7F ou vá até o site https://vertsign.portaldeassinaturas.com.br:443 e utilize o código abaixo para verificar se este documento é válido.

Código para verificação: 5741-DCDD-8B5C-4F7F

Hash do Documento

82D2717C72A8AF516C0AB81F4E5B6663ABDF193338909EBE97C3E4B03146D185

O(s) nome(s) indicado(s) para assinatura, bem como seu(s) status em 29/06/2023 é(são) :

☑ BENEDITO ZULMIRO LADEIRA JENDIROBA (Signatário - HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS) - ***.429.297-** em 29/06/2023 17:56 UTC-03:00
Tipo: Assinatura Eletrônica
Identificaçao: Por email: JENDIROBA@HMTJ.ORG.BR

Evidências

Client Timestamp Thu Jun 29 2023 17:56:01 GMT-0300 (Horário Padrão de Brasília)
Geolocation Latitude: -21.778269396179255 Longitude: -43.35996983576879 Accuracy: 23.06844109588847
IP 201.55.120.193
Assinatura:



Hash Evidências:

9E3DE636563247B0773AE923F59595221EF72541C461568E45DDD5581641A69F

☑ Marco Antonio Guimaraes De Almeida (Signatário - HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS) - ***.399.966-** em 29/06/2023 17:49 UTC-03:00
Tipo: Assinatura Eletrônica
Identificaçao: Por email: MARCOANTONIO@HMTJ.ORG.BR

Evidências

Client Timestamp Thu Jun 29 2023 17:49:58 GMT-0300 (Horário Padrão de Brasília)
Geolocation Latitude: -21.777867 Longitude: -43.3590971 Accuracy: 25.378999710083008
IP 186.233.41.210
Assinatura:



Hash Evidências:
488BCC3DB0E216A97EDF82F8A9F9A9D605A5F840B848AED273D25377993FA25C

Praça 29 de Abril, 198 4°andar - Centro Sul
Timóteo/MG Cep 35182-004
secretariasaudetimoteo@gmail.com
(31) 3847-7632

ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA

Atestamos que o Dr. Belmiro Costa Neto, especialista em Ortopedia e Traumatologia, inscrito no CRM MG sob o número 50413, é médico Responsável Técnico da Unidade de Pronto Atendimento Geraldo dos Reis Ribeiro desde o ano de 2020 (até a presente data), com experiência em administração e gerenciamento de Unidades de Pronto Atendimento, seguindo parâmetros de qualidade, tendo a UPA Geraldo dos Reis Ribeiro durante sua gestão obtido certificado de acreditação hospitalar ONA, sendo a segunda do estado de MG a obter tal certificação, não havendo registro que desabonem sua conduta.

Timóteo, 04 de Julho de 2023

Ana Paula R. Campos da Silva
Secretária Municipal de Saúde de Timóteo-MG

Scanned with CamScanner

ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE
HOSPITAL MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS

ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA

HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS, entidade filantrópica e sem finalidades lucrativas, inscrita no CNPJ/MF n. 21.583.042/0001-72, com sede na Rua Dr. Dirceu de Andrade, 33, São Mateus | Juiz de Fora / MG | CEP: 36025-140 atesta e declara, sob as penas da lei, que a **Dra. Betânia Braga Silva Marques**, inscrita no CRM MG sob o número 36560, é profissional que habilidosa, eficiente e com ampla experiência no gerenciamento e administração de Unidades de Pronto Atendimento. Atua como Coordenadora Clínica da Unidade de Pronto Atendimento UPA Santa Luzia (Upa Sul), localizada na Rua Ibitiguaia nº 1130, bairro Santa Luzia, Juiz de Fora/MG desde outubro de 2011 (até a presente data), tendo por atribuição, dentre outras, dirigir e coordenar o corpo clínico e todos os colaboradores da unidade, supervisionar a execução das atividades de assistência médica, organização da escala de plantonistas, zelando para que não existam lacunas durante o período de funcionamento, além de estimular e orientar os colaboradores para atendimento humanizado aos usuários da unidade.

Benedito Z. L. Jendiroba
Diretor Financeiro – OSS HMTJ

Marco Antonio Guimarães de Almeida
Diretor Presidente – OSS HMTJ

Este documento foi assinado eletronicamente por Marco Antonio Guimaraes De Almeida e BENEDITO ZULMIRO LADEIRA JENDIROBA.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://vertsign.portaldeassinaturas.com.br:443 e utilize o código 74C2-BE1D-968B-3021.

Este documento foi assinado eletronicamente por Marco Antonio Guimaraes De Almeida e BENEDITO ZULMIRO LADEIRA JENDIROBA.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://vertsign.portaldeassinaturas.com.br:443 e utilize o código 74C2-BE1D-968B-3021.

PROTOCOLO DE ASSINATURA(S)

O documento acima foi proposto para assinatura digital na plataforma Portal Vertsign. Para verificar as assinaturas clique no link: https://vertsign.portaldeassinaturas.com.br/Verificar/74C2-BE1D-968B-3021 ou vá até o site https://vertsign.portaldeassinaturas.com.br:443 e utilize o código abaixo para verificar se este documento é válido.

Código para verificação: 74C2-BE1D-968B-3021

Hash do Documento

3B4118A560F904BF694705B82A415545D2A9B4BB63477FBDD7A772B32E3A47DF

O(s) nome(s) indicado(s) para assinatura, bem como seu(s) status em 30/06/2023 é(são) :

☑ Marco Antonio Guimaraes De Almeida (Signatário - HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS) - ***.399.966-** em 29/06/2023 18:11 UTC-03:00
Tipo: Assinatura Eletrônica
Identificaçao: Por email: MARCOANTONIO@HMTJ.ORG.BR

Evidências

Client Timestamp Thu Jun 29 2023 18:11:42 GMT-0300 (Horário Padrão de Brasília)
Geolocation Latitude: -21.777867 Longitude: -43.3590971 Accuracy: 25.378999710083008
IP 186.233.41.210
Assinatura:



Hash Evidências:
D78FAB67C83E07EF482C5B3662409848E85D837363DDC737085335714572E466

☑ BENEDITO ZULMIRO LADEIRA JENDIROBA (Signatário - HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS) - ***.429.297-** em 29/06/2023 17:56 UTC-03:00
Tipo: Assinatura Eletrônica
Identificaçao: Por email: JENDIROBA@HMTJ.ORG.BR

Evidências

Client Timestamp Thu Jun 29 2023 17:56:29 GMT-0300 (Horário Padrão de Brasília)

Geolocation Latitude: -21.778362464048783 Longitude: -43.359804658567725 Accuracy: 35
IP 201.55.120.193
Assinatura:



Hash Evidências:
A0C336086E02BF79989A428C3A54EB532C38A4A1CC7BC0130C1AD63AB2072DD3

ATESTADO

Atestamos para os devidos fins que Dra. Betânia Braga Silva Marques, inscrita no CRM MG sob o número 36560 é médica Coordenadora Clínica da Unidade de Pronto Atendimento UPA Santa Luzia (Upa Sul), classificada como porte III, localizada na Rua Ibitiguaia nº 1130, bairro Santa Luzia, Juiz de Fora/MG desde o ano de 2011. Trata-se de profissional capacitada e vem atuando de forma competente, com vasta experiência em administração e gerenciamento de Unidades de Pronto Atendimento, sendo a UPA Santa Luzia (Upa Sul) referência para toda a sociedade.

Juiz de Fora, 05 de julho de 2023.

MIRELLY VASCONCELOS CARDOSO
Secretária Adjuta de Saúde

Mirelly Vasconcelos Cardoso
SECRETÁRIA ADJUNTA DE SAÚDE
PREFEITURA DE JUIZ DE FORA

DECLARAÇÃO INTERESSE

Eu, BETÂNIA BRAGA SILVA MARQUES, inscrita no CPF sob o número 041.744.166-56, MANIFESTO INTERESSE em atuar na equipe de gerência (direção) do Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado - HERSO, localizado na localizado na Av. Uirapuru, s/n - Parque Res. Isaura, Santa Helena de Goiás - GO, 75920-000, no Estado de Goiás, sob gestão do Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus (CNPJ 21.583.042/0001-72).

Juiz de Fora, 22 de setembro de 2023.

Betânia Braga Silva Marques

NOME:

CPF: 041.744.166-56

ATESTADO

Atestamos para os devidos fins que o Dr. Victor Vitoi Cangussu, CRM MG 52702, é Diretor Técnico do Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus, desde o ano de 2020 até a presente data. Trata-se de profissional capacitado e vem atuando de forma competente, com vasta experiência na área médica, administração e gestão , sendo responsável pelos processos assistenciais médicos e não médicos assim como a garantia das condições técnicas de atendimento na instituição.

Juiz de Fora, 14 de julho de 2023.

IVAN CHARLES FONSECA CHEBLI
Secretário de Saúde

Ivan Chebli
SECRETÁRIO DE SAÚDE
PREFEITURA DE JUIZ DE FORA

PODER JUDICIÁRIO - TJMG - CORREGEDORIA-GERAL DE JUSTIÇA

2º OFÍCIO DE NOTAS DE MATIAS BARBOSA

Autentico este documento, composto de 1 folha(s), por mim rubricada(s), numerada(s) e carimbada(s), por ser reprodução fiel do original que me foi apresentado, do que dou fé.
Matias Barbosa/MG, 05/07/2023.
SELO CONSULTA: GIVZ20960
CÓDIGO SEGURANÇA: 65198919371530S4
Quantidade de atos praticados: 1
Ato(s) praticado(s) por: LUCAS [illegible] - Tabelião de Notas Substituto

Emol.: R$ 7,44 - TFJ: R$ 2,31 - Valor final: R$ 10,10 - ISS: R$ 0,35

Consulte a autenticidade deste selo no site https://selos.tjmg.jus.br

Nº DA ETIQUETA ACG790781

Juiz de Fora
Secretaria de Saúde

ATESTADO

HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS, entidade filantrópica e sem finalidades lucrativas, inscrita no CNPJ/MF n. 21.583.042/0001-72, com sede na Rua Dr. Dirceu de Andrade, 33, São Mateus | Juiz de Fora / MG | CEP: 36025-140 atesta que o Dr. Igor Vitoi Cangussu, inscrito no CRM MG sob o número 58375, é profissional eficiente e com vasta ampla experiência no gerenciamento e administração de Unidades hospitalares. Atua como Diretor Clínico do HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS desde 21/03/2022 (até a presente data), tendo por atribuição, dentre outras, dirigir e coordenar o corpo clínico da instituição, supervisionar a execução das atividades de assistência médica, organização da escala de plantonistas, zelando para que não existam lacunas durante o período de funcionamento, estimulando e orientando os colaborares para atendimento humanizado aos usuários da unidade.

Juiz de Fora, 14 de julho de 2023.

IVAN CHARLES FONSECA CHEBLI
...ário de Saúde

Ivan Cheb li
SECRETÁRIO DE SAÚDE
PREFEITURA DE JUIZ DE FORA

PODER JUDICIÁRIO - TJMG - CORREGEDORIA-GERAL DE JUSTIÇA

2º OFÍCIO DE NOTAS DE MATIAS BARBOSA

Autentico este documento, composto de 1 folha(s), por mim rubricada(s), numerada(s) e carimbada(s), por ser reprodução fiel do original que me foi apresentado, do que dou fé
Matias Barbosa/MG, 05/07/2023.
SELO CONSULTA: GWZ20958
CÓDIGO SEGURANÇA: 79320990146083B3
Quantidade de atos praticados: 1
Ato(s) praticado(s) por JUCAS ... TELS ... Tabelião de Notas substituto

Emol.: R$ 7,44 - TFJ: R$ 2,31 - Valor final: R$ 10,10 - ISS: R$ 0,35
Consulte a autenticidade deste selo no site https://selos.tjmg.jus.br

Nº DA ETIQUETA ACG790780

Juiz de Fora
Secretaria de Saúde

ATESTADO

Atestamos para os devidos fins que o Dr. Benedito Zulmiro Ladeira Jendiroba, CPF: 261.429.297-49 é Diretor Financeiro do Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus, desde o ano de 2016. Trata-se de profissional capacitado e vem atuando de forma competente, com vasta experiência na administração e gestão financeira da entidade, sendo responsável pelos processos e atividades de Controladoria, Orçamento e Custos, Contratos e Documentação, além da execução financeira, Tecnologia da Informação, bem como os Sistemas de Apoio Operacional.

Juiz de Fora, 14 de julho de 2023.

IVAN CHARLES FONSECA CHEBLI
Secretário de Saúde

Ivan Chebli
SECRETÁRIO DE SAÚDE
PREFEITURA DE JUIZ DE FORA

PODER JUDICIÁRIO - TJMG - CORREGEDORIA-GERAL DE JUSTIÇA
2º OFÍCIO DE NOTAS DE MATIAS BARBOSA
Autentico este documento, composto de 1 folha(s), por mim rubricada(s), numerada(s) e carimbada(s), por ser reprodução fiel do original que me foi apresentado, do que dou fé.
Matias Barbosa/MG, 05/07/2023.
SELO CONSULTA: GWZ20888
CÓDIGO SEGURANÇA: 7200404688386061
Quantidade de atos praticados:
Ato(s) praticado(s) por: LUCAS [illegible] FELISON - Tabelião de Notas
Emol.: R$ 7,44 - TFJ: R$ 2,81 - Valor final: R$ 10,10 - ISS: R$ 0,35
Consulte a validade deste [illegible] site https://selos.tjmg.jus.br
Nº DA ETIQUETA ACG796809

ATESTADO

Atestamos para os devidos fins que o Dr. Marco Antonio Guimaraes de Almeida, CPF: 485.399.066-34 é Diretor Presidente do Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus, desde o ano de 2021. Trata-se de profissional capacitado e vem atuando de forma competente, com vasta experiência e habilidade de organização e liderança para supervisionar funcionários e garantir a conformidade com as políticas e com os regulamentos.

Juiz de Fora, 14 de julho de 2023.

IVAN CHARLES FONSECA CHEBLI
Secretário de Saúde

Ivan Chebli
SECRETÁRIO DE SAÚDE
PREFEITURA DE JUIZ DE FORA

PODER JUDICIÁRIO - TJMG - CORREGEDORIA GERAL DE JUSTIÇA
2º OFÍCIO DE NOTAS DE MATIAS BARBOSA
Autentico este documento, composto de 1 folha(s), por mim rubricada(s), numerada(s) e carimbada(s), por ser reprodução fiel do original que me foi apresentado, do que dou fé.
Matias Barbosa/MG, 05/07/2023.
SELO CONSULTA: GWZ20858
CÓDIGO SEGURANÇA: 05804167993082B1
Quantidade de atos praticados:
Ato(s) praticado(s) por: LUCIA [illegible] NELSON - Tabelião de Notas Substituto
Emol.: R$ 7,44 - TFJ: R$ 2,31 - Valor final: R$ 10,10 - ISS: R$ 0,35
Consulte a validade deste selo no site https://selos.tjmg.jus.br
Nº DA ETIQUETA ACG790779

DECLARAÇÃO INTERESSE

Eu, Marco Antônio Guimarães de Almeida, inscrito no CPF sob o número 485.399.066-34, MANIFESTO INTERESSE em atuar na equipe de gerência (direção) do Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado - HERSO, localizado na localizado na Av. Uirapuru, s/n - Parque Res. Isaura, Santa Helena de Goiás - GO, 75920-000, no Estado de Goiás, sob gestão do Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus (CNPJ 21.583.042/0001-72).

Juiz de Fora, 22 de setembro de 2023.

NOME:

CPF:

DECLARAÇÃO INTERESSE

Eu, Benedito Zulmiro Ladeira Jendiroba, inscrito no CPF sob o número 261.429.297-49, MANIFESTO INTERESSE em atuar na equipe de gerência (direção) do Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado - HERSO, localizado na localizado na Av. Uirapuru, s/n - Parque Res. Isaura, Santa Helena de Goiás - GO, 75920-000, no Estado de Goiás, sob gestão do Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus (CNPJ 21.583.042/0001-72).

Juiz de Fora, 22 de setembro de 2023.

NOME:

CPF:

DECLARAÇÃO INTERESSE

Eu, Igor Vitoi Cangussu, inscrito no CPF sob o número 070.838.756-00, MANIFESTO INTERESSE em atuar na equipe de gerência (direção) do Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado - HERSO, localizado na localizado na Av. Uirapuru, s/n - Parque Res. Isaura, Santa Helena de Goiás - GO, 75920-000, no Estado de Goiás, sob gestão do Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus (CNPJ 21.583.042/0001-72).

Juiz de Fora, 22 de setembro de 2023.

Igor Vitoi Cangussu

NOME:

CPF:

DECLARAÇÃO INTERESSE

Eu, Victor Vitoi Cangussu, inscrito no CPF sob o número 021.200.576-50, MANIFESTO INTERESSE em atuar na equipe de gerência (direção) do Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado - HERSO, localizado na localizado na Av. Uirapuru, s/n - Parque Res. Isaura, Santa Helena de Goiás - GO, 75920-000, no Estado de Goiás, sob gestão do Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus (CNPJ 21.583.042/0001-72).

Juiz de Fora, 22 de setembro de 2023.

Victor Vitoi Cangussu

NOME: Victor Vitoi Cangussu

CPF: 021.200.576-50

10.2.3: QUALIDADE TÉCNICA

ESTRUTURA E EXPERIÊNCIA DA DIRETORIA

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

Recursos Humanos Médico

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

SETOR	FUNÇÃO / ESPECIALIDADE	HORARIO	FORMA PLANTÃO	DIA SEMANA	QDE DIA	QDE SEM	QDE MÊS
Diretor Geral					1	1	1
Diretor Técnico					1	1	1
Coordenação					4	4	4
UTI 1 18 Leitos	Itensivista	Dia	12	Dia de semana	2	10	43
	Itensivista	Noite	12	Dia de semana	2	10	43
	Itensivista	Dia	12	Final de Semana	2	4	17
	Itensivista	Noite	12	Final de Semana	2	4	17
	Itensivista	Rotina	-	-	2	2	2
Pronto Atendimento	Itensivista	Dia	12	Dia de semana	1	5	22
	Itensivista	Noite	12	Dia de semana	1	5	22
	Itensivista	Dia	12	Final de Semana	1	2	9
	Itensivista	Noite	12	Final de Semana	1	2	9
Enfermaria 69 Leitos	Clínico	Dia	6	Dia de semana	3	15	65
	Clínico	Dia	6	Final de Semana	3	6	26
Centro Cirurgico 4 Sala	Cirurgião Geral	Dia	12	Dia de semana	2	10	43
	Cirurgião Geral	Noite	12	Dia de semana	2	10	43
	Cirurgião Geral	Dia	12	Final de Semana	2	4	17
	Cirurgião Geral	Noite	12	Final de Semana	2	4	17
	Ortopedista	Dia	12	Dia de semana	2	10	43
	Ortopedista	Noite	12	Dia de semana	2	10	43
	Ortopedista	Dia	12	Final de Semana	2	4	17
	Ortopedista	Noite	12	Final de Semana	2	4	17
	Cirurgião Vascular	Dia	12	Dia de semana	1	5	22
	Cirurgião Vascular	Noite	12	Dia de semana	1	5	22
	Cirurgião Vascular	Dia	12	Final de Semana	1	2	9
	Cirurgião Vascular	Noite	12	Final de Semana	1	2	9
	Neurocirurgião	Dia	12	Dia de semana	1	5	22
	Neurocirurgião	Noite	12	Dia de semana	1	5	22
	Neurocirurgião	Dia	12	Final de Semana	1	2	9
	Neurocirurgião	Noite	12	Final de Semana	1	2	9
	Anestesista	Dia	12	Dia de semana	4	20	86
	Anestesista	Noite	12	Dia de semana	2	10	43
	Anestesista	Dia	12	Final de Semana	2	4	17
	Anestesista	Noite	12	Final de Semana	2	4	17
Staff Especialidades	Cardiologista	Diarista	Fixo	Todos dias	1	1	1
	Endoscopista	Diarista	Fixo	Todos dias	2	2	2
	Ultrassonografista	Diarista	Fixo	Todos dias	2	2	2
	Infectologista	Diarista	Fixo	Todos dias	1	1	1
	Neurologista	Diarista	Fixo	Todos dias	3	3	3
	Hematologista	Diarista	Fixo	Todos dias	1	1	1
	Nefrologista	Diarista	Fixo	Todos dias	1	1	1
	Urologista	Diarista	Fixo	Todos dias	1	1	1
	Gastrologista	Diarista	Fixo	Todos dias	1	1	1
	Bucomaxilo	Diarista	Fixo	Todos dias	1	1	1
	Pneumologista	Diarista	Fixo	Todos dias	1	1	1
Ambulatório/UBS	Clínico	Diarista		Dia de semana	3	15	65

Recursos Humanos

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

FUNÇÃO / ESPECIALIDADE	CARGO	HORARIO	FORMA PLANTÃO	QDE DIA	QDE TOTAL
Serviço Social	Assistente Social RT	Dia	Diarista	1	1
Serviço Social	Assistente Social	Dia	Diarista	1	1
Raio-X	Supervisor de Aplicações Técnicas do Raio-x	Dia	24 h	1	1
Apoio Assistencial	Psicólogo RT	Dia	Diarista	1	1
Apoio Assistencial	Fonoaudiólogo RT	Dia	Diarista	1	1
Apoio Assistencial	Fisioterapeuta RT	Dia	Diarista	1	1
UTI Adulto (18 leitos)	Fisioterapeuta	Dia	12x60	2	6
UTI Adulto (18 leitos)	Fisioterapeuta	Noite	12x60	2	6
Enfermarias (69 leitos)	Fisioterapeuta	Dia	12x60	3	9
Apoio Assistencial	Terapia ocupacional	Dia	Diarista	1	1
Apoio Assistencial	Nutricionista RT	Dia	Diarista	1	1
Apoio Assistencial	Nutricionista	Dia	Diarista	1	1
Odontologia RT	Cirurgião Dentista Clínico Geral	Dia	Diarista	1	1
Odontologia	Cirurgião Dentista Clínico Geral	Dia	Diarista	1	1
Agéncia e Anatomia	Bioquímico RT	Dia	Diarista	1	1

10.2.3: ÁREA DA QUALIDADE TÉCNICA

IMPLEMENTAÇÃO DE SERVIÇOS E FUNCIONAMENTO DA EQUIPE INTERDISCIPLINAR

Protocolos de enfermagem (rotinas por nível de qualificação dos profissionais) nas áreas de ambulatório e urgência

P AMB 001 - ORGANIZAÇÃO DOS CONSULTÓRIOS

I. Objetivos

Manter a organização dos consultórios para diferentes especialidades, facilitando o processo de trabalho.

II. Materiais

1. Álcool70%
2. Compressa
3. Material de escritório
4. Kits padronizados

III. Abrangência

Setor de Ambulatório.

IV. Descrição dos passos da atividade

Enfermeiro:

- Planejar, orientar e executar as atividades do setor;

- Acompanhar e avaliar o desempenho e a execução das atividades desempenhadas pela equipe;

- Manter o controle sobre os equipamentos utilizados visando à sua conservação.

- Fazer o levantamento das necessidades do setor com objetivo de melhoria na assistência propondo a coordenação dentro das condições da instituição;

- Zelar pela ordem e manutenção de boas condições de higiene;

Técnico de Enfermagem:

- Realizar conferência, organização e reposição materiais de consumos e equipamentos.

- Realizar limpeza das superfícies e artigos;

- Zelar pela conservação do material estocado, providenciando as condições necessárias para evitar deterioração e perda.

- A reposição de materiais descartáveis e estéreis deve ser realizada a cada início de turno de atendimento ou quando necessário. Porém deve seguir o dia correto de fazer os pedidos e se programar para a duração correta da quantidade que será utilizada na semana. Verificando estoques e armários antes de pedir materiais

- Deixar a disposição do médico o KIT necessário para realização de procedimento de acordo com cada especialidade. KIT descrição em anexo.

- Certificar-se se o prontuário dos pacientes a serem atendidos estejam organizados e disponibilizados para o profissional antes da realização dos atendimentos de consulta.

- Nos horários de menor fluxo de atendimento observar se há necessidade de reposição de materiais e organização dos consultórios para continuidade dos atendimentos.

- Solicitar que a equipe de limpeza realize a reposição de papel toalha, sabão líquido, retirada do lixo e limpeza do chão.

- Realizar troca de lençóis na maca a cada atendimento ou quando necessário;

- A reposição ou troca das soluções nos consultórios deve acontecer sempre que necessário e quando estiverem próximo ao vencimento, às soluções devem conter respectivas identificações, registro correto e sem rasuras de datas para melhor controle. Deve ser verificada a validade todos os dias no início do plantão. Manter sempre almotolias com tampa.

- O descarte de lixo e matérias perfuro cortantes deve ser feito de forma adequada, seguindo PGRSS institucional.

- Realizar a troca do coletor de materiais perfuro cortantes sempre que o mesmo atingir sua linha de segurança, não podendo ser usado após atingir esta marca, lacrando, colocando data do lacre e nome do profissional de executou a atividade.

- Solicitar ao profissional da limpeza responsável pelo setor a troca dos lixos infectantes e comuns sempre que atingir 80% de sua capacidade total;

OS CONSULTORIOS DEVERÃO ESTAR EQUIPADOS COM OS SEGUINTES MATERIAIS:

Consultório Ginecologia: Sonar, fita métrica, gestograma, almotolia de gel, aparelho de cautério e kits padronizados conforme anexo.

Consultório Endocrinologia: Aparelho de PA

Consultório Mastologista / Bariátrica / Oncologia: computador; balança, aparelho de PA, kits padronizados conforme anexo.

Consultório Espirometria: Espirômetro; computador,

Consultório Cirurgia Geral: kits padronizados conforme anexo.

Consultório Pediatria: Balança Pediátrica, fita métrica, otoscópio, estetoscópio infantil, termômetro

Consultório Cardiologia: Aparelho de eletrocardiograma, almotolia de gel, Aparelho de PA

Consultório Urologia: kits padronizados conforme anexo.

V. Siglas e Definições

APAC: Autorização para procedimento de alta complexidade.

AIH: Autorização de internação hospitalar

VI. Anexos

VII. Referências

N.A

POP AMB 002 - MONTAGEM SALA DE CURATIVOS

I. Objetivos

Organizar sala de curativo para realização de procedimentos;

Padronizar condutas;

II. Materiais

05 Alcool a70%;

20 Abaixador delíngua;

25 Atadura gessada(8cm,12cm,15cm,30cm)

25 Atadura crepon (8cm, 10cm,12cm20cm)

25 Algodão ortopedico(8cm,12cm, 15cm,30cm)

01 Bandeja;

05 Clorexidine;

01 Descarpak;

01 Escadinha;

03 Esparadrapo;

03 Fita crepe;

01 Foco

30 Gaze IV;

10 Lâmina de bisturi11;

01 Lixeira;

03 Luva de procedimento (M,G)

02 Malha tubular (8cm,15cm)

01 Maca;

03 Micropore;

05 Pinça reta;

05 Pinça curva;

02 Serra de gesso;

III. Abrangência

Setor de Ambulatório.

IV. Descrição dos passos da atividade

Enfermeiro:

- Planejar, orientar e executar as atividades do setor;

- Acompanhar e avaliar o desempenho e a execução das atividades;

- Manter o controle sobre os equipamentos utilizados visando à sua conservação.

- Fazer o levantamento de necessidades com vistas ao desenvolvimento, qualidade e programação do setor.

- Zelar pela ordem e manutenção de boas condições de higiene;

Técnico de enfermagem:

- Realizar conferência e reposição materiais de consumos e equipamentos.

- Organizar o armazenamento de material, identificando-os com etiquetas padronizadas e determinando sua acomodação de forma adequada, para garantir uma estocagem racional e ordenada.

- Realizar limpeza das superfícies e artigos;

- Zelar pela conservação do material estocado, providenciando as condições necessárias para evitar deterioração e perda.

- A reposição de materiais descartáveis e estéreis deve ser realizada a cada início de turno de atendimento ou em qualquer tempo quando faltar. Porém deve seguir o dia correto de fazer os pedidos e se programar para a duração correta da quantidade que será utilizada na semana. Verificando estoques e armários antes de pedir materiais.

- A reposição ou troca das soluções nos consultórios deve acontecer sempre que necessário e quando estiverem próximo ao vencimento, às soluções devem conter respectivas identificações, registro correto e sem rasuras de datas para melhor controle. Deve ser verificada a validade todos os dias no início do plantão. Manter sempre almotolias com tampa.

- Os materiais perfuro cortantes tais como: seringas com agulha, agulhas, ampolas, lâminas de bisturi e escalpes devem ser depositados de acordo com PGRSS (Descatex);

- Os materiais contaminados tais como: gesso, talas, gazes, algodão, luvas, etc., devem ser descartados na lixeira com tampa e revestida com saco plástico.

- Solicitar que a equipe de limpeza realize a reposição de papel toalha, sabão líquido, retirada do lixo e limpeza do chão.

V. Siglas e Definições

N.A.

VI. Anexos

N.A.

VII. Referências

N.A.

POP AMB 003 - MONTAGEM E AUXÍLIO A PEQUENAS CIRURGIAS

I. Objetivos

Preparar a sala para realização de pequenas cirurgias.

II. Materiais

1. Impressos diversos (Solicitação de exames complementares; atestado; receituário; laudo APAC; requisição de anátomos; referência e contra referência; protocolo de cirurgia segura; folha de gasto, termo de consentimento).

2. Prontuário do paciente.

3. Roupa de Cama.

4. Kit de pequenas cirurgias

5. Bandeja estéril de pequenas cirurgias.

III. Abrangência

Setor de Ambulatório.

VI. Descrição dos passos da atividade

Enfermeiro:

- Planejar, orientar e executar as atividades do setor;

- Acompanhar e avaliar o desempenho e a execução das atividades;

- Manter o controle sobre os equipamentos utilizados visando à sua conservação;

- Fazer o levantamento de necessidades com vistas ao desenvolvimento, qualidade e programação do setor;

- Zelar pela ordem e manutenção de boas condições de higiene;

- Compilar censo mensalmente dos procedimentos realizados.

- Realizar faturamento das fichas através do sistema RM.

Técnico de enfermagem:

- Realizar organização e da sala de pequenas cirurgias antes de iniciar o procedimento;

- Trocar roupa de cama;

- Verificar foco de luz antes de iniciar o procedimento;

- Deixar bandeja estéril em cima da mesa auxiliar;

- Disponibilizar kit específico para o procedimento proposto;

- Solicitar lidocaína através do número do prontuário do paciente e conforme prescrição médica;

- Deixar materiais organizados em cima da bancada;

- Receber e acolher o paciente de forma humanizada, tirando quaisquer dúvidas do mesmo sobre o procedimento;

- Conferir prontuário do paciente;

- Realizar aferição de sinais vitais do paciente antes do procedimento e evoluir no prontuário do mesmo;

- Realizar lavagem das mãos;

- Colocar paciente na mesa em de cúbito dorsal;

- Colocar EPI's (capote, máscara, gorro e luva);

- Auxiliar o médico durante todo o procedimento;

- Identificar com etiqueta e preencher o protocolo de cirurgia segura, ficha de consumo de medicamentos e materiais utilizados e controle de rastreabilidade esterilizados;

- Após o término do procedimento deixar o paciente na sala de observação por 20 minutos, em seguida realizar a aferição dos sinais vitais e evolução no prontuário, verificar se o mesmo está se sentindo bem e acompanhar o paciente até a saída;

- Realizar anotações nos livros de registros de procedimentos e/ou biópsia quando necessário;

- Encaminhar materiais sujos para CME e repor o mesmo no armário e organizar a sala para o próximo procedimento.

V. Siglas e Definições

EPI's: Equipamentos de proteção individual.

VI. Anexos

N.A.

VII. Referências

N.A.

POP AMB 004 - REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTOS DE ORTOPEDIA

I. Objetivos

Realizar procedimentos de ortopedia prescritos pelo médico na consulta de ortopedia.

II. Materiais

- Formulários;
- Solicitações médicas;
- Roupa de Cama;
- Luva;
- Ataduras de Crepom;
- Gesso;
- Gaze;
- Almotolia de álcool;
- Almotolia de Clorexidina;
- Lâmina de Bisturi;
- Luva de procedimento;
- Máscara;
- Malha Tubular;
- Compressas estéreis;
- Esparadrapo / Micropore;
- Livro de registros de enfermagem.

III. Abrangência

Setor de ambulatório.

IV. Descrição dos passos da atividade

Enfermeiro:

- Planejar, orientar e executar as atividades do setor;

- Acompanhar e avaliar o desempenho e a execução das atividades;

- Manter o controle sobre os equipamentos utilizados visando à sua conservação;

- Fazer o levantamento de necessidades com vistas ao desenvolvimento, qualidade e programação do setor;

- Zelar pela ordem e manutenção de boas condições de higiene;

Técnico de Enfermagem:

- Receber o paciente de forma acolhedora e humanizada no setor

- Encaminha-lo a sala de procedimentos de ortopedia.

- Conferir solicitação médica do que será realizado.

- Colocar o paciente na cadeira ou na maca dependendo da sua necessidade a fim de realizar o procedimento.

- Explicar o paciente o que será realizado, a fim de evitar ansiedade e nervosismo do mesmo.

- Realizar procedimento com uso dos equipamentos de proteção individual.

- Realizar o procedimento na técnica adequada.

- Após o procedimento encaminhar o paciente novamente ao médico para que o mesmo o libere.

V. Siglas e Definições

N.A

VI. Anexos

Objetivos da Imobilização

- Prevenir ou minimizar, lesões futuras de músculos, nervos e vasos pelos fragmentos ósseos.

- Diminuição do fluxo sanguíneo pela pressão dos fragmentos ósseos sobre os vasos sanguíneos.

- Sangramento para os tecidos pelas extremidades ósseas instáveis.

- Paralisia das extremidades por lesões nervosas.

Tipos de Imobilização

Talas rígidas / prancha longa

- Dispositivos não flexíveis adaptadas à extremidade fraturada para manter sua estabilidade e imobilização. Ex: Madeira, papelão, arame ou alumínio recoberto de material plástico.

- Utilizado em mãos, pés, punhos, tornozelos, antebraços e pernas, evitar em lesões proximais ao joelho e cotovelo.

Talas moldáveis

- Confeccionados em alumínio recoberto por material plástico

- Necessitam ser preparadas pelo socorrista para o uso.

- Tem uso muito semelhante às talas rígidas

Tala Pneumática / A vácuo / insuflável

- Fáceis de transportar e de armazenar,

- Controle de hemorragias (boa hemostasia)

- Indicadas em antebraço e perna

- Desvantagem: podem vazar ou serem insufladas em excesso e causar isquemia na região imobilizada.

Tala de tração

- Fraturas diafisárias isoladas de fêmur em pacientes estáveis

- Aliviar dor e diminuir possíveis hemorragias

- Desvantagem: Tempo e complexidade(treinamento)

- São contra indicadas em fraturas de fêmur associadas a lesões no joelho, luxações coxofemoral e fraturas de pelve.

Bandagens e enfaixamentos

Enfaixamento Tipo Bota (Suropodálico).

- Finalidade: Limitar o movimento do tornozelo, ás vezes usados em entorse, contusão e torção.

- Observação: Em alguns casos de cirurgias de tornozelo, após o procedimento cirúrgico pode ser usado o enfaixamento Suropodálico, este enfaixamento serve para evitar o edema e sangramento.

Enfaixamento Inguinomaleolar ou (Jones) para Joelho.

- Finalidade: Limitar o movimento de extensão e flexão do joelho, às vezes usados em entorse, contusão e torção de joelho.

- Observação. Em alguns casos de cirurgias de joelho, após o procedimento cirúrgico pode ser usado o enfaixamento inguinomaleolar (Jones), este enfaixamento serve para evitar o edema e sangramento, pode ser usado também outros tipos de imobilizações, como. Tala tubo ou tubo gessado.

Enfaixamento Para Antebraço e Punho (ante braquiopalmar).

- Finalidade: Repouso e Limitação do movimento do punho, este enfaixamento pode ser usados em caso de contusão e entorse.

- Observação. Em alguns casos de cirurgias de Punho, após o procedimento cirúrgico pode ser usado o enfaixamento antibraquiopalmar, este enfaixamento serve para evitar o edema e sangramento, pode ser usado também outros tipos de imobilizações, como. Tala luva, luva Gessada

Enfaixamento Para Cotovelo.

- Finalidade: Repouso e limitação da movimentação do cotovelo, também usado em caso de contusão, torção e entorse.

- Observação. Em alguns casos de cirurgias de cotovelo, após o procedimento cirúrgico pode ser usado o enfaixamento para cotovelo, este enfaixamento serve para evitar o edema e sangramento, pode ser usado também outros tipos de imobilizações, como. Tala Braquial (Braquiopalmar), Braquial gessado.

Enfaixamento Torácico.

- Finalidade: Destina-se a Limitação a Caixa Torácica, de modo a restringir a Respiração. É usado em fraturas de costelas e contusões torácicas.

- Observação: Não realizar este tipo de enfaixamento em pacientes que tenham problemas respiratórios, asmas, bronquites crônicas e insuficiência cardíaca.

Velpeau de Crepom.

- Finalidade: Imobilizar o ombro. Usa-se esta imobilização em luxações de ombro.

- Observação: dependendo do ortopedista esta imobilização poderá ser usada em fraturas de clavícula.

Velpeau Verão. (Tipóia americana). Modo simples

- Finalidade: Repouso e Limitação da movimentação do ombro. Usa-se esta imobilização em luxações de ombro.

Tipóia simples.

- Finalidade: Repouso de membros superiores.

Colar Cervical.

- Finalidade: Torcicolo e Inflamações na Região Cervical.

Tala Bota (Tala Suropodálico) Tudo que estiver escrito podálico refere-se ao pé.

- Finalidade: Entorse, Luxação, e em alguns casos de Fratura e pós cirúrgico.

- Observação: Não esquecer de moldar a tala, toda tala tem que ser bem moldada.

Tala Tubo (Tala Inguinomaleolar)

- Finalidade: Imobilizar o joelho, limitar o movimento de flexão e extensão do joelho, é usado em caso de contusão entorse, torsão, luxação e pós cirúrgico.

- Observação: Não esquecer de moldar a tala, toda tala tem que ser bem moldada.

Tala Inguino Podálica

- Finalidade: Fraturas de Tíbia, Patela. Em alguns casos a tala será somente provisória, não será um tratamento conservador.

- Observação: Não esquecer de moldar a tala, toda tala tem que ser bem moldada.

Tala Hemipelvepodálica (Tala Spica)

- Finalidade: Fratura de fêmur, neste caso o paciente ficará imobilizado esperando a cirurgia.

- Observação: Não esquecer de moldar a tala, toda tala tem que ser bem moldada.

Tala Luva (Antebraquiopalmar)

- Finalidade: Limitar a movimentação do punho, tratamento de inflamações, luxações e torções no antebraço. Em alguns casos de Fratura de membro superiores, usa-se a Tala, a mesma é só para manter o membro (superior), fraturado em repouso, em quanto o médico defina o tipo de tratamento.

- Observação: Não esquecer de moldar a tala, toda tala tem que ser bem moldada.

Tala Luva englobando os dedos (Antebraquiomamual)

- Finalidade: Tratamento de luxações de falange do dedo, fraturas, Contusões, torção e Inflamações de membros superiores. Em alguns casos de Fratura de membro superiores, usa-se a Tala, a mesma é só para manter o membro (superior), fraturado em repouso, em quanto o médico defina o tipo de tratamento.

- Observação: Não esquecer de moldar a tala, toda tala tem que ser bem moldada.

Tala Braquial (Áxilo Palmar)

- Finalidade: Tendinite, contusões e luxações no cotovelo, e em alguns casos de fratura. Em Fratura de membro superiores, usa-se a Tala, a mesma é só para manter o braço fraturado em repouso, em quanto o médico defina o tipo de tratamento. E em alguns casos pode ser um tratamento conservador.

- Observação: Não esquecer de moldar a tala, toda tala tem que ser bem moldada.

Tala pinça de confeiteiro.

- Finalidade: imobilização e repouso, esta tala é usada em fratura de úmero. Pode ser um tratamento conservador ou provisório, enquanto o médico defina o tipo de tratamento, se cirúrgico ou não.

- Observação: Não esquecer de moldar a tala, toda tala tem que ser bem moldada.

Férula Metálica (Tala Metálica)

- Finalidade: Imobilizar as falanges do dedo. Imobilização usada em caso de fratura ou Luxações das falanges do dedo.

Imobilização com esparadrapo para dedo (pé)

- Finalidade: Imobilizar as falanges do dedo. Imobilização usada em caso de fratura ou Luxações das falanges do dedo.

Bota gessada sem salto (todo aparelho gessado deve ser bem moldado)

- Finalidade: Fratura, Luxação ou Entorse de Tornozelo, Neste caso o paciente não pode pisar. Ou seja, ele não pode andar com o pé engessado, necessita de uma muleta para se locomover.

- Bota gessada com salto Fratura, Luxação ou Entorse de Tornozelo, Neste caso o paciente poderá pisar. Dependendo da fratura o médico ortopedista permitirá que o paciente pise.

Sarmiento Gessado (PTB) bota para tendão patelar. Tendon patelar bearing.

- Finalidade: Fratura de tíbia, Neste caso o paciente poderá pisar. Em alguns casos dependendo do ortopedista, o mesmo solicitará um aparelho gessado inguinopodálico com salto.

Tubo Gessado (Ingno maleolar Gessado)

- Finalidade: Imobilizar o joelho, para que não possa haver o movimento de flexão e extensão do joelho, é usado em caso de contusão, entorse, torção, luxação, fratura. Também usada em pacientes pós cirúrgicos.

- Observação: Todo aparelho gessado deve ser bem moldado.

Inguinopodálico Gessado sem salto

- Finalidade: Imobilizar o joelho e tornozelo, usado em fratura se tíbia e fíbula (perônio). Com este aparelho gessado não poderá pisar, ou seja, andar com o gesso, para locomover-se o paciente terá que andar de muletas.

Observação: Todo aparelho gessado deve ser bem moldado

Iguinopodálico Gessado com salto

- Finalidade: Imobilizar o joelho e tornozelo, usado em fratura se tíbia e fíbula (perônio). Com este aparelho gessado o paciente poderá pisar.

- Observação: Todo aparelho gessado deve ser bem moldado

Luva gessada (Antebraquiopalmar gessado).

- Finalidade: Limitar a movimentação do punho, tratamento de fraturas, inflamações, luxações e torções no antebraço.

- Observação: Todo aparelho gessado deve ser bem moldado.

Luva gessada englobando os dedos (Antebraquiomamual)

- Finalidade: Tratamento de luxações, fraturas de falange do dedo, Contusões, torção e Inflamações de membros superiores.

- Observação: Todo gesso tem que ser bem moldado.

Braquial gessado (Áxilo Palmar gessado)

- Finalidade: fraturas, Tendinite, contusões e luxações no cotovelo.

- Observação: Todo gesso tem que ser bem moldado.

Velpeau Gessado

- Finalidade: Imobilizar o ombro. Usa-se esta imobilização em luxações de ombro. E às vezes em alguns casos de fratura de clavícula, dependerá muito do médico ortopedista

Oito Gessado.

- Finalidade: Fratura de clavícula.

VII. Referências

https://www.grancursospresencial.com.br/novo/upload/Trauma_do_Aparelho_cursinho_20110407210117.pd

POP AMB 005 - DESCRIÇÃO DAS TAREFAS DA EQUIPE ASSISTENCIAL

I. Objetivos

Descrever e padronizar rotina do enfermeiro para assistência no ambulatório/consultórios.

II. Materiais

Prontuário eletrônico;

Caneta;

Papel.

III. Abrangência

Setor de ambulatório.

IV. Descrição dos passos da atividade

Enfermeiro:

- Realizar diariamente durante o plantão as Rotinas Setoriais tais como: passagem de plantão, preenchimento de planilhas e check list, conferência dos materiais do setor, conferência do CE quando aberto, aprazamento de prescrição médica e enfermagem, ajustar alarme dos monitores;

- Acompanhar diariamente as agendas e procedimentos de pequena cirurgia para programação da rotina com a equipe;

- Organizar e elaborar diariamente os kits de acordo com cada especialidade e necessidade da equipe médica;

- Realizar mensalmente a Compilação dos dados de procedimentos / Pequena Cirurgia;

- Solicitar sempre que necessária vacina DT para Setor de Imunização na Rede de referência de saúde;

- Realizar diariamente o faturamento dos prontuários de procedimentos;

- Realizar mensalmente as Escalas de Atribuições e Folga da Equipe Técnica;

- Supervisionar diariamente as rotinas realizadas pela equipe assistencial técnica (protocolos institucionais e os protocolos relacionados a Segurança do Paciente sinalizando melhorias do processo se necessário);

- Realizar procedimentos privativos do enfermeiro (NPT e hemotransfusão, sondagem vesical);

- Realizar, acompanhar e participar na prevenção e controle sistemático de danos que possam ser causadas aos pacientes durante a assistência de enfermagem;

- Avaliar, solicitar e acompanhar a abertura de SS para manutenção corretiva dos equipamentos;

- Acompanhar mensalmente os equipamentos necessários para a manutenção preventivas conforme o Cronograma de Planos disponível no sistema e orientar a equipe quanto ao zelo e conservação dos mesmos;

- Acompanhar transporte de pacientes críticos e prover materiais e equipe necessária;

- Notificar os incidentes ocorridos no plantão e promover ações de melhorias para prevenção de novos incidentes;

- Acolher o paciente / cliente e família proporcionando conforto e mantendo informado quanto seu processo de atendimento e ou internação;

- Supervisionar e solicitar à equipe de enfermagem a manutenção da organização dos ambulatórios/ consultórios, deixando preparados para a atendimento;

- Supervisionar o preenchimento correto das fichas de atendimentos externos, assim como suas solicitações no centro de custo;

- Realizar triagem no atendimento médico aos colaboradores / acadêmicos/ e acompanhantes acionando o internista avaliação e conduta;

- Acompanhar programação de consultas de retornos pós-operatório e pequenas cirurgias a fim de otimizar a provisão de materiais e disponibilidade de equipe de enfermagem.

- Garantir que as metas, estratégias, políticas e objetivos do Planejamento Estratégico sejam divulgados e entendidos por todos os colaboradores;

- Cumprir e fazer cumprir na sua área, a legislação vigente, o Regulamento, as Normas, Valores e Projetos Institucionais;

- Gerenciar os processos de sua área em sintonia com as outras áreas e lideranças para o alcance dos resultados Institucionais.

- Após a abertura do Carrinho de emergência a responsabilidade da conferência TOTAL (medicações e materiais) e o levantamento dos mat/med com os lotes para solicitação é do enfermeiro. O mesmo deverá guardar no CE e lavrá-lo anotando o novo lacre na Planilha "Mapa de Utilização do Carrinho de Emergência";

- Notificar as PCR para o NSP;

- ÓBITO: Preencher o formulário de Comunicado de óbito, ligar para a família e solicitar ao médico que comunique o óbito, entregar comunicado no setor de Recepção no prazo máximo de 30'; Evoluir o óbito no prontuário eletrônico e liberar no sistema o formulário de INDICADOR PARA COMISSÃO DE ÓBITO; entregar os pertences à família. Após o óbito encaminhar pertences do paciente para recepção junto ao comunicado de óbito preenchido;

Técnico de Enfermagem:

- Prestar assistência de enfermagem segura, humanizada e individualizada aos clientes, sob supervisão do enfermeiro;

- Preparar clientes para consultas e exames, orientando-os sobre as condições de realização dos mesmos;

- Encaminhar paciente para realização de cirurgia e preencher do Protocolo de Cirurgia Segura;

- Auxiliar o cliente na coleta de material para exames de laboratório, segundo orientação.

- Verificar os sinais vitais e as condições gerais dos clientes, segundo prescrição médica e de enfermagem.

- Administrar medicamentos e tratamento aos pacientes, observando horários, posologia e outros dados, para atender a prescrições médicas, seguindo os Treze Certos; cumprir prescrições de assistência médica, nutrição e de enfermagem;

- Realizar a movimentação e o transporte de clientes de maneira segura, e preencher o Check List de Movimentação Segura;

- Auxiliar nos atendimentos de urgência e emergência;

- Efetuar o controle diário do material utilizado, bem como requisitar, conforme as normas da Instituição, o material necessário à prestação da assistência à saúde do cliente;

- Controlar e zelar materiais, equipamentos e medicamentos sob sua responsabilidade;

- Manter equipamentos e a unidade de trabalho organizada, zelando pela sua conservação e comunicando ao superior eventuais problemas.

- Executar atividades de limpeza, desinfecção, esterilização de materiais e equipamentos, bem como seu armazenamento, distribuição e quantidade sendo todas as sextas - feiras;

- Realizar cuidados com a higiene pessoal do paciente, curativos;

- Realizar anotações de enfermagem no prontuário eletrônico, e registrar todas as intercorrências;

- Atender os pacientes que dependem de ajuda, auxiliando na alimentação e higiene dos mesmos, para proporcionar-lhes conforto e recuperação mais rápida;

- Comunicar-se com pacientes, familiares e com a equipe multidisciplinar;

- Efetuar procedimentos de admissão, apresentar-se, situando paciente no ambiente;

- Realizar passagem do plantão contendo todas as informações necessárias para manter a continuidade da assistência.

- Conferir e manter o leito vago organizado e preparado para admissão, mantendo os equipamentos ligados na tomada;

- Arquivar os impressos no prontuário, mantendo organizado;

- Providenciar material de consumo da ortopedia; organizar medicamentos e materiais de uso do paciente e do posto de enfermagem; receber e conferir materiais e medicamentos; encaminhar material para exames;

- Comunicar ao enfermeiro qualquer alteração do paciente;

- Manter o posto de enfermagem e expurgo limpos e organizados;

- Atender as solicitações do Enfermeiro;

- Utilizar Equipamento de Proteção Individual durante o procedimento/cuidados com o paciente;

- Realizar contenção mecânica SOMENTE conforme prescrição médica;

- Ao encaminhar ou pegar material na CME, conferir e registrar em prontuário eletrônico, observando a integridade do material;

- Imprimir no final do plantão as anotações de Enfermagem (carimbar/assinar) e anexar ao prontuário;

V. Siglas e Definições

N.A

VI. Anexos

N.A

VII. Referências

N.A

POP AMB 006 - FLUXO DE ATENDIMENTO DA ORTOPEDIA

I. Objetivos

Padronizar fluxo de atendimento da ortopedia;

Direcionar pacientes, visitantes e corpo clínico.

II. Materiais

1. Relatório de Agenda de Atendimento de ortopedia retirado no sistema RM;

2. Prontuário de atendimento ambulatorial;

3. Maca ou cadeira de roda;

4. Roupa de Cama;

5. Equipamentos para aferir sinais vitais (Termômetro, Glicosímetro, Esfigmomanômetro, Estetoscópio, Oxímetro);

6. Impressos diversos (Solicitação de exames complementares; atestado; receituário; laudo APAC; requisição de anátomos; referência e contrareferência).

III. Abrangência

Setor de Ambulatório.

IV. Descrição dos passos da atividade

Enfermeiro:

- Planejar, orientar e executar as atividades do setor;

- Acompanhar e avaliar o desempenho e a execução das atividades realizadas pela equipe;

- Manter o controle sobre os equipamentos utilizados visando à sua conservação.

- Fazer o levantamento de necessidades com vistas ao desenvolvimento, qualidade e programação do setor;

- Zelar pela ordem e manutenção de boas condições de higiene.

Técnico de Enfermagem:

- Realizar a limpeza das superfícies e artigos;

- Deixar os impressos a disposição do médico;

- Certificar-se que o prontuário dos pacientes a serem atendidos estão organizados e disponibilizados para o médico antes da realização dos atendimentos;

- Retirar do prontuário as solicitações de RX e encaminhar ao serviço na ordem de chegada dos pacientes e/ou prioridades;

- De acordo com a autorização do médico os pacientes deverão ser chamados na ordem de chegada e/ou prioridade;

- Manter a ordem e organização do consultório durante o atendimento;

- Garantir ao paciente somente um acompanhante para facilitar o fluxo ao consultório;

- Realizar troca de lençóis na maca a cada atendimento ou quando necessário;

- Encaminhar o paciente de acordo com solicitação médica: Sala de pequena cirurgia; RX e internação;

- Realizar procedimento solicitado pelo médico (abertura e/ou troca de tala, retirada de ponto, realização de curativo);

- Auxiliar médico na realização do gesso;

- Registrar no prontuário do paciente as informações necessárias;

- Garantir a organização dos prontuários e encaminhá-los a recepção principal após finalizar os atendimentos

V. Siglas e Definições

N.A.

VI. Anexos

N.A.

VII. Referências

N.A

POP AMB 007 - RECEBIMENTO DE PACIENTES TRANSFERIDO DE OUTRA INSTITUIÇÃO

I. Objetivos

Padronizar o processo de recebimento do paciente.

Acolher o paciente de forma humanizada e segura.

II. Materiais

1. Prontuário;

2. Materiais de escritório e computador;

3. Maca ou cadeira de roda;

4. Roupa de Cama;

5. Livro de registro;

6. Etiqueta de identificação;

7. Equipamentos para aferir sinais vitais (Termômetro, Glicosímetro, Esfigmomanômetro, Estetoscópio, Oxímetro).

III. Abrangência

Setor de ambulatório.

IV. Descrição dos passos da atividade

Enfermeiro:

- Auxiliar e supervisionar os técnicos de enfermagem em todas as etapas do processo;

- Verificar se a recepção já fez contato com médica assistente ou internista para solicitar internação/avaliação, caso não tenham feito o enfermeiro quem deve realizar este contato;

- Comunicar setor de destino passando informações do paciente para enfermeira do setor.

- Realizar gerenciamento de risco do paciente durante a permanência no setor;

- Realizar admissão do paciente no sistema;

- Em caso de piora clínica do paciente abrir protocolo de MEWS no sistema e comunicar ao médico internista;

Técnico de Enfermagem:

- Receber o paciente da ambulância;

- Favorecer ambiente confortável;

- Acomodar o paciente na maca em condições de segurança;

- Manter as grades da maca elevadas;

- Apresentar-se e mostrar-se a disposição para quais quer esclarecimentos;

- Conferir os dados do paciente e instituição de origem;

- Solicitar prontuário com internação e leito à recepção e conferir se o prontuário está correto e completo;

- Colocar pulseira de identificação no paciente após conferência;

- Realizar identificação beira leito do paciente;

- Aferir sinais vitais e realizar a admissão do paciente no sistema RM;

- Conferir a dieta e se for o caso solicitar refeição no setor de nutrição;

- Orientar o paciente a aguardar internação do médico para ser encaminhado ao leito de internação;

- Monitorar o paciente até a sua transferência;

- Quando necessário encaminhar paciente para realização de exames;

- Atender as prescrições médicas enquanto o paciente estiver no ambulatório, realizando medicações e/ ou procedimentos necessários;

- Colar etiqueta de identificação no livro de registro paciente externo e escrever destino, horário de chegada e saída da unidade ambulatório.

- Comunicar setor de destino passando informações do paciente para enfermeira do setor;

- Preencher o formulário de Movimentação Segura do Paciente disponível no sistema RM;

- Encaminhar paciente junto com prontuário para unidade de destino;

V. Siglas e Definições

N.A.

VII. Referências

N.A

POP AMB 008 - TRANSFERÊNCIA DO PACIENTE AO LEITO DE DESTINO

I. Objetivos

Encaminhar o paciente ao leito de destino com segurança.

II. Materiais

1. Prontuário;

2. Materiais de escritório e computador;

3. Maca ou cadeira de roda;

4. Roupa de Cama;

5. Livro de registro;

6. Etiqueta de identificação;

7. Equipamentos para aferir sinais vitais (Termômetro, Glicosímetro, Esfigmomanômetro, Estetoscópio, Oxímetro).

III. Abrangência

Setor de ambulatório/Emergência.

IV. Descrição dos passos da atividade

Enfermeiro:

- Auxiliar e supervisionar os técnicos de enfermagem em todas as etapas do processo;

- Verificar se a recepção já fez contato com médica assistente ou internista para solicitar internação/avaliação, caso não tenham feito o enfermeiro quem deve realizar este contato;

- Comunicar setor de destino passando informações do paciente para enfermeira do setor.

Técnico de Enfermagem:

- Receber o paciente;

- Favorecer ambiente confortável;

- Acomodar o paciente na maca em condições de segurança;

- Manter as grades da maca elevadas;

- Apresentar-se e mostrar-se a disposição para quaisquer esclarecimentos;

- Conferir nome do paciente e instituição de origem;

- Solicitar prontuário com internação e leito à recepção e conferir se o prontuário está correto e completo;

- Colocar pulseira de identificação no paciente após conferência;

- Aferir sinais vitais e realizar a admissão do paciente no sistema RM;

- Conferir a dieta e se for o caso solicitar refeição no setor de nutrição;

- Colar etiqueta no livro de registro de enfermagem;

- Orientar o paciente a aguardar internação do médico para ser encaminhado ao leito de internação;

- Monitorar o paciente até a sua transferência;

- Quando necessário encaminhar paciente para realização de exames;

- Atender as prescrições médicas enquanto o paciente estiver no ambulatório, realizando medicações e/ ou procedimentos necessários;

- Colar etiqueta de identificação e escrever leito de destino em livro de protocolo de transferência de paciente;

- Comunicar setor de destino passando informações do paciente para enfermeira do setor;

- Preencher protocolo de movimentação segura do paciente;

- Encaminhar paciente junto com prontuário para unidade de destino solicitando que a equipe de enfermagem do mesmo assine o caderno de protocolo.

V. Siglas e Definições

N.A.

VI. Anexos

N.A.

VII. Referências

N.A.

POP AMB 009 - FLUXOGRAMA DE ATENDIMENTO AO FUNCIONÁRIO/USUÁRIO DA INSTITUIÇÃO

I. Objetivos

Descrever fluxo de atendimento ao colaborador/usuário da instituição.

Padronizar o atendimento.

II. Materiais

1. Materiais de escritório e computador;

2. Maca;

3. Roupa de Cama;

4. Livro de registro;

5. Etiqueta de identificação;

6. Equipamentos para aferir sinais vitais (termômetro, glicosímetro, esfigmomanômetro, estetoscópio, oxímetro).

III. Abrangência

Setor de ambulatório.

IV. Descrição dos passos da atividade

Enfermeiro:

- Tomada rápida de decisões de acordo com a necessidade clínica;

- Gerenciar tarefas e a equipe de enfermagem;

- Realizar uma avaliação precisa e concisa sobre o estado de saúde do colaborador para verificar a necessidade do atendimento imediato ou tardio;

- Solicitar a recepção de urgência a abertura de ficha de atendimento externo;

- Comunicar via telefone ou pessoalmente com o médico internista a necessidade do atendimento ao colaborador e sua gravidade.

Técnico de Enfermagem:

- Receber e acomodar o paciente no ambulatório;

- Aferir sinais vitais;

- Comunicar imediatamente a enfermeiro(a) responsável para que a mesma avalie o paciente

- Colar etiqueta e registrar no livro de enfermagem;

- Realizar identificação do paciente beira leito;

- Solicitar a recepção de urgência a abertura de ficha de atendimento externo;

- Solicitar mat/met e prestar assistência conforme prescrição de enfermagem e/ou prescrição médica;

- Manter ambiente limpo e organizado;

- Providenciar reposição do material utilizado na assistência do colaborador / paciente;

- Realizar a entrega de todas as FAE (Ficha de Atendimento Externo) quando finalizar o atendimento do colaborador / paciente;

V. Siglas e Definições

N.A.

VI. Anexos

N.A.

VII. Referências

N.A

POP AMB 010 - GERENCIAMENTO DE CONSULTAS E/OU PROCEDIMENTOS REALIZADOS NO AMBULATÓRIO

I. Objetivos

Gerenciar o número de atendimentos realizados no ambulatório.

II. Materiais

1. Sistema de marcação eletrônico;

2. Número do prontuário do paciente;

3. Sumário de alta ou receituário solicitando agendamento de consulta com carimbo do médico.

III. Abrangência

Setor de ambulatório e recepção.

IV. Descrição dos passos da atividade

- O recepcionista deverá realizar a marcação de consultas em agenda física ou em agenda eletrônica para que a equipe de enfermagem tenha fácil acesso, conseguindo desta forma mensurar o número de atendimentos para disponibilizar os kits necessários, gerenciar a demanda de material e profissional a realizar o atendimento;

- O recepcionista deverá imprimir a ficha de atendimento externo correspondente e solicitando ao paciente / acompanhante a realização da assinatura, além de imprimir etiquetas;

- Comunicar a equipe de enfermagem do ambulatório que pegará as fichas de atendimento na Recepção;

- Quando o número de atendimentos for superior que o previsto o técnico de enfermagem deverá comunicar ao enfermeiro responsável para que este redimensione a equipe e/ou solicite algum mat/med necessário;

- Após o término dos atendimentos o técnico de enfermagem deverá preencher corretamente o prontuário do paciente e encaminhá-lo a seu devido destino (faturamento, recepção principal ou recepção de urgência) protocolando as fichas externas em livro de registro.

V. Siglas e Definições

N.A.

VII. Referências

N.A.

POP EME 001- PROCEDIMENTO DE IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE NO SERVIÇO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

I. Objetivos

Estabelecer recomendações para a correta identificação dos pacientes durante o atendimento, a fim de reduzir a ocorrência de incidentes, assegurando que o cuidado seja prestado à pessoa para qual se destina.

II. Materiais

- Pulseiras de identificação
- Placas de identificação
- Impressos hospitalares (Ficha de internação, Histórico de enfermagem, Evolução de enfermagem, AIH, etc)

III. Abrangência

Recepção, classificação de risco, consultórios, sala de medicação, sala de coleta/laboratório, sala vermelha,sala amarela, NIR, SCIH, faturamento, farmácia, radiologia, serviço social.

IV. Descrição dos passos da atividade

Regras gerais:

Identificadores padrão

Para assegurar que todos os pacientes sejam corretamente identificados, é necessário usar ***pelo menos dois*** identificadores, os quais são:

- ✓ ***Nome completo do paciente, sem abreviaturas***
- ✓ ***Data de nascimento***

Atentar para presença de pacientes **homônimos (mesmo nome)**, neste caso usar ***mais*** identificadores para destacar características específicas para diferenciá-los durante o atendimento/internação, que possam colaborar na individualização:

- ✓ ***Nome completo da mãe sem abreviaturas***
- ✓ O número de prontuário pode ser utilizado com 4º identificador.

Viabilizar locais diferentes para permanência dos pacientes, sempre que possível

Educar o paciente e seu familiar

Para envolver o paciente e seu familiar no processo de identificação correta é necessário que sejam explicados os propósitos dos identificadores e que a conferência da identificação seja obrigatória antes do cuidado por todos os profissionais assistenciais.

Confirmar a identificação do paciente antes do cuidado

A confirmação da identificação do paciente deverá realizada antes do cuidado. Inclui a administração de medicamentos, coleta de material para exame, entrega da dieta e realização de procedimentos invasivos.

Verificação da identidade do paciente

A verificação da identidade não deve ocorrer apenas no início de um episódio de cuidado, mas deve continuar a cada intervenção realizada no paciente ao longo de sua permanência na Unidade, a fim de manter a sua segurança.

- ✓ **Peça** ao paciente que declare (e, quando possível, soletre) seu nome completo e data de nascimento. Em caso de paciente entubado, conferir com as informações do prontuário e as identificações antes de qualquer procedimento.
- ✓ **Sempre** verifique essas informações na pulseira de identificação do paciente, que deve dizer exatamente o mesmo. Checar se a impressão ou registro encontra-se legível. Lembrar que deve constar o nomecompleto do paciente, sem abreviaturas.
- ✓ **Nunca** pergunte ao paciente "você é o Sr. Silva?" porque o paciente pode não compreender e concordar por engano.
- ✓ **Nunca** suponha que o paciente está no leito correto ou que a placa com o nome acima do leito está correta.

1.Identificação de pulseiras

- ✓Para assegurar que os pacientes sejam identificados corretamente, foram definidos uso de pulseira colorida conforme a classificação de risco e/ou internação, que deve ser utiliizada em um dos membros superiores do paciente. Em crianças pequenas (bebês), utilizar a pulseira no tornozelo.
- ✓A identificação da pulseira tyvek branca será realizada pelo funcionário da recepção no momento da abertura da ficha de atendimento.

✓ O paciente ou o seu responsável deverá fornecer todos os dados de identificação solicitados, exibindo o RG (Carteira de identidade com foto) ou certidão de nascimento/casamento no ato

do atendimento e o profissional deverá realizar a conferência de identificação, conforme procedimento da recepção.

Cor da pulseira	Situação	Observações
Pulseira tyvek (adesiva) VERMELHA	**Caso de emergência: Risco de morte ou incapacitação em poucos minutos**	**NA**
Pulseira tyvek (adesiva) LARANJA	**Caso muito urgente: Risco imediato da perda da função de órgão ou membro**	**NA**
Pulseira tyvek (adesiva) AMARELA	**Caso de urgência: Baixo risco de morte ou de incapacitação, necessidade de cuidados médicos.**	**NA**
Pulseira tyvek (adesiva) VERDE	**Caso menos grave: Baixo risco de agravo imediato. Estável desprovido de risco de morte ou de incapacitação.**	**NA**
Pulseira tyvek (adesiva) AZUL	**Caso leve: Sem risco imediato de agravo à saúde.**	**Utilizar também para os atendimentos de medicação externa**
Pulseira tyvek (adesiva) BRANCA	**Identificação de todos os pacientes no momento da marcação do atendimento**	**Competência da recepção**
Pulseira tyvek (adesiva) ROXA	**Identificação de pacientes sintomáticos respiratórios confirmados**	**NA**
ira tyvek (adesiva) ROSA	**Acompanhantes**	**NA**
Pulseira VINIL (PLÁSTICA) BRANCA	**Pacientes internados (com AIH)**	**. Nome completo do paciente** **. Data de nascimento** **.** *Nome da mãe, quando se tratar depacientes com mesmo nome.* **Escrita legível, preferencialmente letra de forma em caixa alta. Canetaresistente a água.**

- Todos os pacientes internados devem ser identificados em sua admissão através de uma pulseira plástica branca. Essa informação deve permanecer durante todo o tempo que o paciente estiver submetido ao cuidado. Pacientes que serão transferidos para outra instituição devem estar portando a pulseira de identificação.
- A identificação dos pacientes que não possam utilizar a pulseira, tais como grandes queimados, mutilados e politraumatizados será através da identificação do leito. A partir do momento em que for identificada a possibilidade da colocação da pulseira, esta deverá ser colocada no paciente.
- Os locais padronizados para o posicionamento da pulseira de identificação poderão ser alterados ou rodiziados na vigência de agenesia, edema, trauma, curativo, restrição mecânica, acesso venoso e outros. Atentar para que a pulseira não fique frouxa e/ou apertada.
- O profissional responsável que retirou a pulseira em vigência da necessidade específica do cuidado deverá responsabilizar-se pela sua recolocação.
- Nos casos em que a identidade do paciente não está disponível na admissão e quando não houver a informação do nome completo, poderão ser utilizados o número do prontuário e as características físicas mais relevantes do paciente, incluindo sexo e raça. Lembrando que a partir destes, deverá ser investigada a origem do paciente para localizar dados que possam identificá-lo pelo setor de Serviço Social. Após conseguir estes dados, estes deverão ser passados para o setor de Recepção para atualização do cadastro e em seguida solicitar confecção da pulseira de identificação.
- A conferência desse identificador deve ser realizada por qualquer membro da equipe e retirada sempre na saída/alta do paciente.

2. Pacientes atendidos sem identificação

- Em caso de paciente que não possui documento de identificação com foto e cartão do SUS, deverá ser preenchido o 'Formulário de paciente sem documentação', sendo responsabilidade do profissional da recepção recolher os dados e anexar à Ficha de atendimento / Prontuário. O POP RCP 001 Recepção do paciente, descreve os passos para identificação do paciente no prontuário.

- Pacientes admitidos sem documentação, em caráter de urgência/emergência (desacordados, sem acompanhantes), deverão ser identificados com um número de atendimento/prontuário provisório e com o identificador "***Sem Nome***" na pulseira e na placa a beira leito, até a apresentação dos documentos de identificação com foto.
- O Serviço Social deverá buscar informações necessárias para identificar corretamente o paciente que esteja como "***Sem Nome***".

3.Identificação de Prontuário / Ficha de atendimento

- A identificação de Prontuário / Ficha de atendimento deverá ser composta por:
- Nome completo do paciente, sem abreviaturas
- Data de nascimento
- Nome da mãe, sem abreviaturas
- Número do prontuário
- Todos os documentos de prontuários (Evolução médica, Prescrição médica, Evoluções de enfermagem, etc) deverão ter o cabeçalho devidamente preenchido com nome completo, data e outros dados que o formulário/documento requerer, de forma legível, sem abreviatura e sem rasuras.

Rotina para internação

- A enfermagem deverá encaminhar ao NIR os seguintes documentos:
- AIH preenchida adequadamente.
- Cópia dos documentos de prontuários: Ficha Solicitação de transferência; Via do Laudo do SUS Fácil; Ficha de atendimento/Evolução mais recente; Precrição mais recente; todos os exames.
- **Cópia do documento de identificação com foto (RG/Carteira de identidade), obrigatoriamente.**
- O NIR deverá fazer a conferência da identificação de todos os documentos relacionados acima.

- Obs.: atentar para item 8 para rotina de transferência e como também para o PRS UPA 005 - Movimentação etransporte seguro do paciente.

4. Identificação de exames Pedido/solicitação do exame:

- ✓ Nome completo do paciente, sem abreviaturas
- ✓ Data de nascimento
- ✓ Número do prontuários
- ✓ Nome da mãe
- ✓ Data e hora da solicitação
- ✓ Nome do médico solicitante

Identificação das amostras biológicas:

- ✓ As amostras biológicas para exames (sangue, urina…) deverão ser identificadas imediatamente com letra legível em etiqueta adesiva (nunca utilizar esparadrapo) com os seguintes identificadores:
- ✓ Nome completo do paciente, sem abreviaturas
- ✓ Data de nascimento xx/xx/xxxx
- ✓ Hora da coleta
- ✓ Nome de quem realizou a coleta
- ✓ Em caso de nomes homônimos acrescentar o nome completo da mãe.
- ✓ Deve-se atentar para identificações estabelecidas por órgãos sanitários, com o por exemplo identificação de espécimes de interesse epidemiológico e/ou nacional (swab para pesquisa de vírus respiratórios). Na ocasião desses eventos, torna-se obrigatório elaboração de documentos específicos para este fim (Comunicado, POP, PRS).

Resultados de exames de análises clínicas (sangue, urina):

- ✓ Nome completo do paciente, sem abreviaturas
- ✓ Data de nascimento
- ✓ Número do prontuário
- ✓ Nome da mãe
- ✓ Data e hora da realização do exame
- ✓ Número do cartão do SUS
- ✓ Número da solicitação do exame
- ✓ Nome do médico solicitante

Radiografias (devem ser identificados no canto superior à direita da imagem; a identificação não devesobrepor a imagem de estruturas anatômicas):

- ✓ Nome completo do paciente, sem abreviaturas
- ✓ Data de nascimento
- ✓ Data de realização do exame
- ✓ Número do prontuário
- ✓ Idade do paciente
- ✓ Nome do profissional que realizou o exame

Eletrocardiograma (ECG):

- ✓ Nome completo do paciente, sem abreviaturas
- ✓ Data de nascimento
- ✓ Data e hora da realização do exame
- ✓ Nome do profissional que realizou o exame (Observação: Carimbar o ECG conforme estabelecido no Protocolo de dor torácica).

5.Identificação de soros/medicações

- ✓ Utilizar rótulo e etiqueta padronizado.
- ✓ Nome do medicamento/soro e outras especificações conforme prescrição médica.

Atentar para demaiscuidados conforme PRS UPA 002 - Segurança no uso de medicamentos.

- ✓ Nome completo do paciente, sem abreviaturas
- ✓ Data de nascimento**.**

6.Identificação do paciente a beira leito

- ✓ Pacientes encaminhados para sala amarela (Observação feminina, Observação masculina, Observação pediátrica, Isolamento) e para sala vermelha, deverão ser identificados à beira leito (acima do leito) sendo obrigatório o preenchimento do formulário abaixo, atentando para sinalização da identificação dos riscos.
- ✓ O preenchimento da placa deverá ser realizado com pincel removível a álcool.
- ✓ Compete a toda equipe, ao paciente e acompanhante zelar pela manutenção das placa de identificação.

8. Transferências de pacientes

- ✓ Nos casos de transferência para outra unidade de saúde, um identificador adicional do paciente deverá ser o formulário **"Laudo Médico para emissão de Autorização de Internação Hospitalar (AIH)"**. O mesmo deve ocorrer quando a transferência for entre o serviço de ambulância e o hospital.
- ✓ É obrigatório o preenchimento completo do Formulário Transferência.
- ✓ Quando o paciente for morador de rua, de asilo, desabrigado, proveniente de catástrofes, de localidades onde não há número de casa ou rua para ser referenciado, a Unidade deverá descrever o máximo possível de detalhes para o registro como: o local de onde a pessoa foi resgatada e o horário, o número de registro do atendimento do serviço de ambulância ou resgate (bombeiro), a descrição física da pessoa. Essas informações devem ser registradas em todos os documentos importantes e constar no prontuário.
- ✓ Consultar o procedimento de Movimentação e transporte seguro do paciente) para demais condutas referentesa transferência segura do paciente.

V. Siglas e Definições

- **NIR:** Núcleo interno de regulação
- **SCIH:** Serviço de controle de infecção hospitalar
- **POP:** Procedimento operacional padrão
- **RCP:** Recepção
- **AIH:** Autorização de internação hospitalar.

VI. Anexos

Não se aplica.

VII. Referências

BATALHA, E. M. S. S., MELLEIRO, M. M. Cultura de segurança do paciente: percepções da equipe de enfermagem. HU Revista, Juiz de Fora, v. 42, n. 2, p. 133-142, jul - ago. 2016.

BRASIL, Portaria n° 1.377, de 9 de julho de 2013. Aprova os Protocolos de Segurança do Paciente. Ministério da Saúde, Anvisa. 2013.

BRASIL, Portaria n° 2.095, de 24 de setembro de 2013. Aprova os Protocolos Básicos de Segurança do Paciente. Ministério da Saúde, Anvisa. 2013.

BRASIL, Resolução – RDC n° 36, de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do cliente em serviços de saúde e dá outras providências. Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL, Portaria n° 529, de 1 de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Ministério da Saúde, Anvisa. Fiocruz. 2013.

BRASIL, PORTARIA Nº 1.820, de 13 de Agosto de 2009. Ministério da Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF, n. 155, 14 de Agosto de 2009. Seção 1, 80p. BRITO, M. F. P., Avaliação do Processo de Identificação do Paciente em Serviços de Saúde. 227f. Tese de Doutorado, área de concentração: Enfermagem. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto- USP, São Paulo. 2015.

POP EME 002- IDENTIFICAÇÃO DE PIORA CLÍNICA DE PACIENTES NO SERVIÇO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

I. Objetivos

Identificar sinais e parâmetros de piora clínica a fim de implementar cuidados de urgência ou emergência visando a recuperação ou agravamento do paciente. Padronizar a realização de avaliações e reavaliações para o profissional médico, com prazos objetivamente definidos, para os pacientes com sinais de deterioração clínica.

II. Materiais

- Esfigmomanômetro, estetoscópio, termômetro
- Oxímetro de dedo
- EPIs
- Prontuário, formulários

III. Abrangência

Todos os setores

IV. Descrição dos passos da atividade

1. Condutas gerais a serem executadas por todos os colaboradores/profissionais

Os pacientes admitidos nas unidades de emergências apresentam sinais claros e detectáveis de deterioração/piora do seu estado clínico geral, evoluindo rapidamente para um quadro de gravidade com risco iminente de morte, a maioria pode apresentar sinais clínicos de deteriorações detectáveis nas primeiras 24 horas antes do agravamento. Desta forma, reconhecer precocemente uma deterioração do paciente, é essencial para implantação de uma intervenção efetiva que evite a piora clínica ou desfechos graves, cabendo então a todos os colaboradores e profissionais da UPA Geraldo dos Reis Ribeiro atentar quanto ao fato cabendo então observar os seguintes sinais de alerta (Cartaz de divulgação: Anexo 1):

- Caso o paciente queixe calor ou esteja com a pele molhada, caracterizando suor, a enfermagem deverá ser acionada para avaliação.
- Paciente com queixa de dor e mal-estar deverá ser novamente avaliado pela equipe de enfermagem.
- Paciente com queixa intensa de dor ou tremor deverá ser acionado a enfermagem.
- Caso o paciente apresente sonolência, palidez a enfermagem deverá ser acionada para avaliação.
- Caso o paciente te informa que está "estranho", essa informação deverá ser repassada para o enfermeiro.
- Qualquer queixa do paciente pode indicar sinal de gravidade.

2. Condutas específicas a serem executadas pela equipe assistencial

(Enfermagem/Médicos) Compete ao técnico de enfermagem

- Seguir recomendações do item 1 para os todos pacientes/atendimento.
- Em caso de paciente com AIH: Realizar a avaliação dos dados vitais e parâmetros à beira leito, registrando os valores encontrados, conforme frequência indicada no fluxo de atendimento (*vide "3.Aplicando as escalas"*) e/ou sempre que o paciente apresentar instabilidade clínica ou queixa de algum desconforto importante
- Identificar anormalidades e comunicar ao enfermeiro imediatamente.
- Puxar o carrinho de emergência se necessário.
- Verificar permeabilidade do acesso.
- Iniciar suporte ventilatório caso necessite.

- Medicar conforme prescrição médica ou comando verbal em caso de emergência.
- Proceder com técnicas pertinentes.
- Realizar anotações de enfermagem.

Compete ao enfermeiro

- Comparecer ao leito do paciente assim que acionado pelo técnico de enfermagem.
- Avaliar o paciente.
- Tomar conduta conforme a necessidade do paciente, considerar também os scores apresentados nas escalas de NEWS / PEWS quando estas forem aplicadas.
- Acionar o time de resposta rápida, se indicado, conforme o PRS UPA 023.
- Realizar os registros de enfermagem.

Compete ao médico

- Comparecer ao leito do paciente e avaliá-lo.
- Tomar condutas pertinentes aos sinais de piora do quadro clínico.
- Realizar prescrição médica.
- Solicitar exames pertinentes.
- Após resultados de exame, reavaliar o paciente, implementando as condutas necessárias.
- Orientar o paciente e familiares.
- Realizar evolução médica.

3. Aplicando as escalas

As escalas de *alerta precoce* são instrumentos de fácil aplicação e rápida avaliação que buscam reconhecer sinais de alerta que possam indicar a deterioração clínica e alertar à equipe quanto à necessidade de monitoramento e intervenções de acordo com o score.

As escalas são estabelecidas para cada perfil de paciente:
NEWS → para o paciente adulto
PEWS → para o paciente pediátrico até 13 anos
As escalas devem ser aplicadas pela equipe de enfermagem a cada 6 horas.

<u>NEWS</u> (National Early Warning Score – Pontuação nacional de alerta precoce)

- A escala de News é baseada em parâmetros fisiológicos que formam a base do sistema de pontuação.
- Seis parâmetros simples formam a base do sistema de pontuação:

→ Frequência respiratória
→ Saturação de O2
→ Temperatura (ºC)
→ Pressão arterial sistólica
→ Frequência cardíaca
→ Nível de consciência

Além desses, uma pontuação de 2 pontos deve ser adicionada para qualquer paciente que necessite desuplementação de oxigênio.

Parâmetros de referência					Hora:	
Parâmetros fisiológicos	**3**	**2**	**1**	**0**	Parâmetro	Ponto
Nível de Consciência	Sem resposta	Dor	Voz	Alerta		
Temperatura	↓ ou = a 35º	↑ ou = a 39,1º	35,1º a 36º 38,1º a 39º	36,1º a 38º		
Frequência Cardíaca	↓ ou = a 40 ↑ ou = 131	111 a 130	41 a 50 91 a 110	51 a 90		
Pressão Arterial Sistólica	↓ ou = a 90 ↑ ou = a 220	91 a 100	101 a 110	111 a 219		
Frequência Respiratória	↓ ou = a 8 ↑ ou = a 25	21 a 24	9 a 11	12 a 20		
Saturação de O_2	↓ ou = 91	92 a 93	94 a 95	↑ ou = 96		
Uso de O_2	SIM	SIM	SIM	NÃO		
Total de pontos						
Assinatura						

- A partir do resultado, a equipe é alertada sobre qual deve ser a interpretação e intervenção para atendimentodo paciente.
- De acordo com a pontuação encontrada, as ações devem seguir o fluxo de atendimento para cada escore:

ESCORE 0 A 3	**ESCORE 4**	**ESCORE 5 OU 6**	**ESCORE ≥ 7**
✓ Reavaliar a cada 6 horas ✓ Seguir prescrição / conduta médica	✓ Solicitar avaliação do enfermeiro ✓ Reavaliar a cada 3 horas ✓ Se persistir em 4, solicitar avaliação médica	✓ Acionar TRR: **CÓDIGO LARANJA** ✓ Solicitar avaliação médica ✓ Avaliar necessidade de encaminhar para sala vermelha	✓ Acionar TRR: **CÓDIGO VERMELHO** ✓ Encaminhar imediatamente à sala vermelha

- É importante reforçar que para pacientes com condições basais já fora dos parâmetros de normalidade, deve-se avaliar a piora desses parâmetros para seguir o fluxo de atendimento de acordo com o score.
- Se não houver piora deve-se registrar em prontuário quadro compatível com o basal do paciente e seguir areavaliação de acordo com o resultado do score. Por exemplo:
  → Pacientes com faixa normal de saturação abaixo do limite inferior (<=91%), compatíveis com o quadroclínico.
  → Pacientes com alterações neurológicas irreversíveis e que mantém o basal

durante avaliação devem serclassificados como neurológico basal com pontuação zero.

- Observação: Pacientes em uso de oxigenoterapia contínua devem ser avaliados no parâmetro uso suplementarde O2 quando os dispositivos forem máscara ou cateter nasal.
- Outros dispositivos (ventilação mecânica) não devem ser considerados como suplementação.
- A percepção da equipe deve sempre ser considerada quando o profissional julgar necessário aumentar o nívelde cuidados ou acionar o TRR.

PWES (Pediatric Early Warning Score - Pontuação de alerta precoce pediátrico)

- O PEWS é baseado em um sistema simples de pontuação agregada, no qual uma pontuação é atribuída aos parâmetros fisiológicos avaliados durante aferição dos dados vitais, além de sinais clínicos e critérios pré- estabelecidos.
- Na criança, os sinais de alerta para piora clínica (deterioração clínica) podem já estar presentes ou surgirem deforma súbita.
- A identificação destes sinais e o atendimento precoce podem evitar a evolução para piora do quadro clínico vigente. Formam a base do sistema de avaliação:
  → Comportamento
  → Sistema cardiovascular
  → Sistema respiratório

Além desses, uma pontuação de 2 pontos deve ser adicionada para qualquer paciente que necessite de uso denebulizador/espaçador com frequência a cada 15 minutos.

Parâmetros						Hora:	
Parâmetros fisiológicos	**Idade**	**3**	**2**	**1**	**0**	Parâmetro	Ponto
Frequência cardíaca	< 3 meses	**↓ou = a 89 ↑ou = a 220**	**180 a 219**	**160 a 179**	**90 a 159**		
	3 meses a 1 ano	**↓ou = a 89 ↑ou = a 210**	**170 a 209**	**150 a 169**	**90 a 149**		
	1 a 4 anos	**↓ou = a 89 ↑ou = a 200**	**160 a 199**	**140 a 90**	**90 a 139**		
	5 a 13 anos	**↓ou = a 89 ↑ou = a 190**	**150 a 189**	**130 a 149**	**90 a 129**		
Frequência respiratória	< 3 meses	**↓ou = a 29**	**↑ou = a 69**	**60 a 68**	**30 a 59**		
	3 meses a 1 ano	**↓ou = a 24**	**↑ ou = a 64**	**50 a 63**	**25 a 49**		
	1 a 4 anos	**↓ou = a 19**	**↑ ou = a 54**	**40 a 53**	**20 a 39**		
	5 a 13 anos	**↓ou = a 19**	**↑ ou = a 49**	**30 a 48**	**20 a 29**		
Comportamento/ Resposta ao estímulo	----	Confuso / Letárgico / Resposta reduzida a dor	Irritado	Sonolento	Normal / Brincando		
Uso de espaçador/ nebulizador	----	----	A cada 15 minutos	---	Frequência maior que cada 15 min. ou contínua		
Total de pontos							
Assinaturas							

- Além dos parâmetros acima, devem ser observados:
  → Perfusão capilar
  → Cor do leito da unha
  → Esforço respiratório
- A partir do resultado, a equipe é alertada sobre qual deve ser a interpretação e intervenção para atendimento do paciente, acionando o TRR se necessário.
- De acordo com a pontuação encontrada, as ações devem seguir o fluxo de atendimento estabelecido para cada escore:

ESCORE 0	ESCORE 1 a 2	ESCORE 3 OU 4	ESCORE ≥ 5
- Reavaliar a cada 6 horas - Seguir prescrição / conduta médica	- Solicitar avaliação do enfermeiro - Reavaliar a cada 3 horas Se persistir em 1 ou 2, solicitar avaliação médica	- Acionar TRR: CÓDIGO LARANJA - Solicitar avaliação médica - Avaliar necessidade de encaminhar para sala vermelha	- Acionar TRR: CÓDIGO VERMELHO - Encaminhar imediatamente à sala vermelha

I. Siglas e Definições

NEWS: Nacional Early Warning Score – Pontuação nacional de alerta precoce
PEWS: Pediatric Early Warning Score – Pontuação de alerta precoce pediátrico

II. Anexos

POP EME 003- AUXÍLIO A CARDIOVERSÃO

I. Objetivos

Converter um ritmo irregular e/ou rápido num ritmo normal.

II. Materiais

EPI's (luvas de procedimento, óculos de proteção, mascara). Aparelho de ECG.
Escadinha.
Desfibrilador/Cardioversor.
Monitor cardíaco.
Gel Condutor.
Carro de emergência.

III. Descrição dos passos da atividade

- Conferir a indicação médica para o procedimento.
- Reunir o material.
- Higienizar as mãos, conforme PRS SCIH 001.
- Paramentar-se com os EPI's.
- Manter um ambiente seguro e privativo.
- Ligar o cardioversor.
- Aplicar gel condutor nas pás.
- Oferecer as pás ao médico.
- Carregar o cardioversor conforme solicitação médica, e sua sincronia.
- Esperar o aviso do médico que vai cardioverter.
- Certificar que todos estejam afastados da cama do paciente.
- Solicitar ao profissional que estiver nas vias aéreas que desligue o fluxo de oxigênio.
- Esperar o médico fazer a cardioversão.
- Aguardar a análise do ritmo cardíaco.
- Realizar compressões torácicas imediatamente após a desfibrilação, de acordo com a solicitação médica.
- Repetir os itens conforme indicação médica.
- Iniciar cuidados pós-PCR caso o paciente retorne em ritmo cardíaco normal.
- Iniciar cuidados com o corpo pós-morte em caso de óbito do paciente.
- Retirar os EPI's.
- Desprezar os resíduos gerados, conforme PGRSS.
- Deixar o paciente confortável e a mesa de cabeceira em ordem

- Higienizar as mãos, conforme PRS SCIH 001.
- Realizar as anotações no prontuário do paciente.

Observações:
Se o paciente for portador de marca-passo definitivo ou cardiodesfibrilador implantável - deslocar as pás do cardiovesor 08 cm de distância do dispositivo.

IV. Siglas e Definições

PCR: Parada cardiorrespiratória.

EPI: Equipamento de Proteção Individual

PGRSS: Plano de gerenciamento de resíduos de serviços de saúde

V. Anexos

Não se aplica.

VI. Referências

AEHLERT, B. ACLS: Suporte avançado em cardiologia. Emergências em Cardiologia. 4º ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013.

HAZINSKI M.F., SHUSTER M. et al. Destaques da American Heart Association 2015: Atualização das Diretrizes de RCP e ACE. American Heart Association, 2015.

NEUMAR R.W., SHUSTER M.,et. al. Parte 1: sumario executive:2015 American Heart Association Guidelines Updade for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergenvy Cardiovascular Care. Circulation, nº 132, V 18, suppl, 2015.

POP EME 004- AUXÍLIO NA INTUBAÇÃO OROTRAQUEAL

I. Objetivos

Manter vias aéreas pérvias e a oxigenação adequada dos tecidos.

II. Materiais

EPI (luvas, avental, gorro, máscara NR 95).
Tubo orotraqueal.
Seringa 20ml.
Fio guia.
Estetoscópio.
Cadarço ou fixador de tubo.
Laringoscópio (cabo e lâmina).
Aspirador.
Sonda de aspiração traqueal.
Monitor.
Medicamentos.
Sistema de ventilação manual (ambú).
Borracha látex.
Umidificador de oxigênio.
Cânula de guedel.
Ventilador mecânico e circuito.

III. Descrição dos passos da atividade

Enfermeiro:

- Conferir a indicação médica para o procedimento.
- Reunir o material.
- Higienizar as mãos, conforme PRS SCIH 001.
- Paramentar-se com os EPI's.
- Manter um ambiente seguro e privativo.
- Explicar ao paciente/família os benefícios e objetivos do procedimento.
- Testar ambú e fonte de oxigênio.
- Testar o aspirador e deixar em ponto de uso.
- Testar o laringoscópio (luz).
- Testar o balonete do tubo orotraqueal com a seringa de 20ml.
- Colocar o fio guia no lúmen do tubo.
- Montar, testar e calibrar o ventilador mecânico e colocá-lo em modo de espera.

Enfermeiro e Técnico de enfermagem:

- Assegurar ausência de próteses dentárias no paciente.
- Garantir acesso venoso pérvio no paciente.
- Posicionar o paciente em decúbito dorsal, cabeceira 0º, sem travesseiros, utilizar coxins quando necessário.
- Realizar a pré-oxigenação do paciente (com ambú).
- Utilizar a cânula de guedel se necessário.

- Administrar medicações conforme solicitação médica.
- Aguardar o médico realizar a laringoscopia.
- Apresentar o tubo para o médico.
- Após a intubação imediatamente insuflar o balonete.
- Conectar o ambú e aguardar o médico realizar as confirmações (cinco pontos: epigástrico, bases e lóbus superiores; expansão torácica).
- Fixar o tubo com fixador conforme as instruções do fabricante na numeração indicada pelo médico.
- Conectar ao ventilador mecânico.
- Verificar sinais vitais.
- Caso haja insucesso na tentativa de intubação, retornar para a pré-oxigenação, e repetir o processo.
- Posicionar o paciente confortavelmente.
- Retirar os EPI's.
- Desprezar os resíduos gerados, conforme PGRSS.
- Higienizar as mãos, conforme PRS SCIH 001.
- Anotar o procedimento realizado registrando intercorrências.

Observações:
Atentar ao risco de bronco aspiração, mantendo leito a 45º.

IV. Siglas e Definições

EPI: Equipamento de Proteção Individual
PGRSS: Plano de gerenciamento de resíduos de serviços de saúde

V. Anexos

Não se aplica.

VI. Referências

CARMAGNANI, M. I. S. et al. Procedimentos de enfermagem: guia prático. Rio de janeiro: Guanabara Koogan, 2009.
SÃO PAULO. APECIH - Associação Paulista de Epidemiologia e Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde. Um Compêndio de Estratégias para a Prevençãode Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde em Hospitais de Cuidados Agudos. APECIH. São Paulo, ed. Office, 2008.
MARRA, A.; MANGINE, C.; CARRARA, D. et al. Medidas de prevenção de infecção da corrente sanguínea. In: AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde. Brasil: Brasília, 2013.

POP EME 005- ATENDIMENTO A PACIENTE PSIQUIÁTRICO

I. Objetivos

Atender ao paciente numa emergência psquiátrica: "Distúrbio do pensamento, da emoção ou do comportamento, que acarretam sofrimento psíquico significativo, perda da autonomia e risco potencial ou evidente à integridade física, psíquica ou social do indivíduo ou de outras pessoas."

Normatizar as rotinas administrativas, médicas e assistenciais relacionadas aos atendimentos prestados a pacientes com transtornos de comportamentos ou distúrbios psiquiátricos. Atender ao paciente nas situações de urgência e emergência contemplando suas várias manifestações, tais como: agitação psicomotora, agressividade, ideação suicida, síndrome de abstinência, quadros agudos de ansiedade, síndromes conversivas, apatia extrema, entre outros. Padronizar o fluxo do encaminhamento destes pacientes, atendendo às normas pactuadas entre a UPA, SMS e CAPS.

II. Materiais

- Caneta azul
- Computador
- Impressora
- Telefone
- Formulário de Referência e Contra referência.
- Formulário de AIH-Autorização de Internação Hospitalar

III. Abrangência

Recepção; classificação de risco, sala do serviço social, consultório médico; sala de medicação, sala amarela, sala vermelha, isolamento.

IV. Descrição dos passos da atividade

Compete aos Vigilantes

- Observar o paciente ao adentrar na unidade, e nos casos em que não estiver contido e apresentar agressividade avisar imediatamente ao enfermeiro da classificação de risco ou ao técnico do acolhimento.
- Atentar para a segurança do espaço físico à sua volta, identificando elementos de risco ambientais e materiais (por exemplo, acesso a portas, janelas e alturas, objetos da sala, extintor);
- Avaliar o ambiente social e humano da situação, solicitando o afastamento de pessoas que possam vir a agravar a situação de conflito e/ou hostilidade;
- Atuar como equipe; Não confrontar ou ameaçar o paciente;
- Não se esquecer de que estaremos, abordando pessoas atordoadas por delírios e alucinações, cujos conteúdos, aparentemente absurdos, jamais devem ser depreciados ou sequer confrontados;
- Manter uma distância segura (para o contato humano em geral, sem a intimidade do dia a dia, recomenda-se cerca de 1 metro). Se houver agressividade, ou a situação estiver se encaminhando nesse sentido, dobrar a distância;
- Não tocar na pessoa em crise: toques e manifestações de "compreensão" física somente são possíveis em situações muito particulares, quando o profissional conhece bem o usuário ou depois de a situação tensa se desfazer;
- Casos em que houver agressividade, com danos ao patrimônio ou agressão física acionar a polícia militar para suporte.

Compete à Recepção

- Fazer o cadastro/ ficha de atendimento e encaminhar para a classificação de risco e informar ao enfermeiro da classificação.
- Solicitar o telefone de contato do responsável/acompanhante.

Compete à Classificação de Risco/ Enfermagem

- Abordagem do paciente:
- Hostil (que manifesta inimizade): uma tentativa de abordagem amigável pode ser bem sucedida.
- Agressivo (que provoca, que revela predisposição para um comportamento destrutivo): cautela.
- Violento (que emprega força bruta): intervenção.
- Classificar de acordo com o protocolo da Instituição.
- Coletar informações pertinentes ao atendimento.

- Nos casos em que o paciente esteja agressivo, agitado e não esteja contido, agilizar o atendimento e comunicar imediatamente ao médico.
- Nos casos em que o enfermeiro perceber riscos iminentes encaminhar para o ISOLAMENTO, avisar o médico, (atentando para nunca deixar o paciente sem acompanhante).

Compete aos Médicos

- Avaliar o paciente na presença de um membro da equipe de segurança do hospital;
- Não deixar o paciente desacompanhado de um membro da equipe de saúde;
- Analisar previamente se é prudente estar só com o paciente na sala;
- Manter a porta aberta durante a entrevista;
- Identificar-se claramente, dizendo nome e profissão;
- Evitar contato físico com o paciente;
- Conter fisicamente o paciente quando necessário;
- Prescrever medicação adequada.
- Interromper a consulta a qualquer momento caso perceba risco iminente de ser agredido.
- "Situações nas quais o comportamento agressivo NÃO é decorrente de condições médicas gerais, uso de substâncias psicoativas ou transtornos psiquiátricos, devem ser manejadas por autoridades legais."
- Casos leves, realizar encaminhamento para o CAPS por escrito.
- Casos moderados, se necessário acionar o assistente social para realizar contato com o CAPS, havendo a possibilidade/ disponibilidade encaminhar para consulta com especialista para avaliação, na ambulância UPA.
- Casos de Internação: quando a internação hospitalar for a terapêutica indicada pela assistência médica, (Lei Nº 10.216, de 06 de abril de 2001, a internação em saúde mental é medida excepcional e só deve ser acionada após o esgotamento dos recursos extra-hospitalares). A referida Lei também define que as internações em saúde mental somente serão autorizadas mediante laudo médico AIH circunstanciado que caracterize seus motivos. É fundamental que esse laudo seja atual e descreva o estado de saúde em que se encontra o sujeito para quem se solicita a vaga de internação, de modo a subsidiar a tomada de decisão do médico regulador.
- Acionar o serviço social e solicitar relatório de avaliação interdisciplinar descrevendo as medidas terapêuticas de abordagem do caso até o momento, emitida pelo CAPS do município de residência do paciente, quando os municípios contarem com esse serviço e o paciente estiver em acompanhamento.

- Prescrever contenção mecânica / química nos casos em que o paciente apresentar sinais de agressividade.
- Prescrever a retirada da contenção mecânica após observação e avaliação.

- Controlar a situação de risco;
- Estabelecer diagnóstico e terapêutica adequada

Compete à Assistente social

- Nos casos leves/ moderados em que a equipe multidisciplinar apontar não urgência, encaminhar para o CAPS através do Formulário de referência e contra referência.
- Nos casos moderados (sem a necessidade de internação) realizar contato telefônico com o CAPS, havendo a possibilidade/ disponibilidade encaminhar para consulta com especialista para avaliação na ambulância UPA.
- Nos casos graves em que evoluir para internação via Regulação Sus Fácil, auxiliar o médico solicitando ao CAPS o laudo do especialista, caso o paciente esteja em tratamento.

Compete à Enfermagem

- Seja compreensivo, respeitoso e decidido
- Utilize linguagem clara e seja educado
- Não provoque o paciente
- Evite tocar o paciente, exceto quando for necessária a contenção.
- Manter o local tranquilo
- Atentar para a segurança do espaço físico à sua volta, identificando elementos de risco ambientais e materiais (por exemplo, acesso a portas, janelas e alturas, objetos da sala, extintor).
- Avaliar o ambiente social e humano da situação, solicitando o afastamento de pessoas que possam vir a agravar a situação de conflito e/ou hostilidade;
- Garantir a presença de outras pessoas nas imediações e tenha outras pessoas presentes durante a abordagem, se necessário;
- Atuar como equipe; Não confrontar ou ameaçar o paciente; Não enganar ou prometer algo que não pretende cumprir; Atentar para sinais de agressividade e violências sofridas e/ou cometidas, seja no momento atual da abordagem ou na história de vida do paciente;
- Estar atento à postura, mantendo-se sempre focado no objetivo. Procurar ser claro, usar frases curtas e objetivas. Escutar, permitir tempo e espaço para a fala do usuário e dos familiares.

- Não ser reativo. Se houver algum tipo de provocação a si ou à equipe, manter-se concentrado.
- Nunca enveredar por situações nas quais o usuário, já ameaçado, sinta-se mais acuado.
- Não se esquecer de que abordaremos pessoas atordoadas por delírios e alucinações, cujos conteúdos, aparentemente absurdos, jamais devem ser depreciados ou sequer confrontados. Deveremos aprender a lidar com essas situações de forma sensível e inteligente, sendo que para cada caso haverá uma resposta singular.
- Reforçar ainda que os elementos não verbais da comunicação humana, as posturas, gestos, olhar, expressão facial são tão importantes quanto os verbais:
- Evitar posturas que possam ser defensivas ou confrontadoras. Não se posicionar de frente, encarando;
- Tentar assegurar-se de que sua expressão facial, seu olhar não seja de intimidação ou reprovação;
- O tom de voz, a altura e o ritmo da fala devem estar articulados ao conteúdo e ao problema em foco;
- Manter uma distância segura (para o contato humano em geral, sem a intimidade do dia a dia, recomenda-se cerca de 1 metro). Se houver agressividade, ou a situação estiver se encaminhando nesse sentido, dobrar a distância;
- Evitar tocar na pessoa em crise: toques e manifestações de "compreensão" física somente são possíveis em situações muito particulares, quando o profissional conhece bem o usuário ou depois de a situação tensa se desfazer; Tocar apenas ao manusear medicamentos ou contenção.
- Pacientes com risco moderado ou alto de agressão deverá ser comunicado imediatamente ao médico o seu estado que deverá prescrever a contenção mecânica ou química.
- O paciente somente será liberado da contenção após avaliação do médico.
- Contenção: Realizada por uma equipe treinada; Número grande de pessoas (ideal até 05);

Deve ser coordenada por um médico; Esclarecer ao paciente o que está sendo feito, e por qual motivo; Proteção ao paciente; Proteção à equipe; Evitar agir de maneira permissiva ou punitiva.

- Monitorar o paciente durante todo o tempo da contenção.
- Medicar o paciente

CONSIDERAÇÕES FINAIS

- Para internação de crianças e adolescentes, além das demais legislações cabíveis, deve-se considerar o disposto no Estatuto da Criança e do Adolescente, especialmente o disposto no

Artigo 12, que estabelece a obrigação aos estabelecimentos de saúde de proporcionar condições para a permanência em tempo integral de um dos pais ou responsável.

- No momento da contenção são proibidas para serem aplicadas e não são terapêuticas as medidas: dar chave de braço; torção de punho; pisar no pé; enforcamento ou segurar o paciente passando os membros superiores do profissional por baixo das axilas do paciente e em seguida cruzando as mãos e prendendo a região ocipital da cabeça.
- INTERNAÇÃO COMPULSÓRIA: Normalmente os casos em que há ordem judicial para internação compulsória, é de competência do CAPS acompanhar os casos e será regulado via Sus Fácil.
- Os casos leves, moderados ou graves serão definidos de acordo com conduta médica.

V. Siglas e Definições

- SSO: Serviço Social
- SUS: Sistema Único de Saúde
- SMS: Secretarias Municipais de Saúde
- CAPS: Centro de Atenção Psicossocial.
- AIH: Autorização de Internação Hospitalar

VI. Anexos

Não se aplica.

VII. Referências

Não se aplica.

POP EME 006- ATENDIMENTO A PACIENTES TENTATIVA AUTO EXTERMINIO

I.Objetivos

Descrever as ações práticas, seguras, a serem tomadas pela equipe multiprofissional na abordagem ao paciente que apresente comportamento suicida para prevenção de suicídio, tentativa ou dano auto infligido em serviços de saúde, seja na admissão ou ao longo de sua permanência na Unidade.

II. Materiais

Não se aplica.

III. Abrangência

Todos os setores

IV. Descrição dos passos da atividade

1. Medidas gerais

- O paciente obrigatoriamente deverá ficar acompanhado por um familiar ou pessoa na qual confie, enquanto isso não for possível é necessário que os profissionais se organizem para uma observação mais atenta de tais pacientes. A enfermagem deve comunicar o serviço de nutrição para cuidados necessários com materiais que possam oferecer perigo.
- A enfermagem deve acionar a Segurança Patrimonial da Unidade caso haja risco eminente de fuga do paciente e/ou risco de hetero/auto agressão. Nestes casos, a Segurança deve ficar próxima ao posto de enfermagem para ser acionada rapidamente, caso necessário. Ainda o paciente deve ser sedado, em casos extremos (após avaliação médica) e contido no leito, a critério médico, podendo então a Segurança ser dispensada se for o caso.
- O Serviço Social seguirá oferecendo assistência ao paciente e seus familiares durante a permanência na unidade, fazendo as orientações nas transferências para unidade hospitalar e encaminhamentos necessários após a alta.
- O Serviço Social deverá ser acionado, quando a equipe multiprofissional identificar se tratar de situação de vulnerabilidade social e familiar do paciente.
- Remover dos setores itens de restrição ou estruturas que podem ser utilizados em processos de enforcamentos ou estrangulamentos como cintos, cadarços de sapatos, lenços, calças com cordão, ganchos de toalhas, tubos, mangueiras e borrifadores.
- Orientar visitantes a não levarem itens de restrição supracitados sem revisão da equipe.
- Evitar deixar carrinhos de limpeza que não estejam sendo utilizados nos setores.
- Utilizar pratos e copos de plástico e utensílios sem pontas cortantes.
- Alocar pacientes com alto risco de suicídio em enfermarias que estejam localizadas o mais próximo possível do posto de enfermagem, facilitando a supervisão da equipe.
- Evitar isolamento; proteger leitos de pacientes em contenção com grades; monitorar os efeitos dos medicamentos.

2. Paciente admitido por tentativa de suicídio

- Todo paciente atendido na Unidade por uma tentativa de suicídio deve ser avaliado pelo médico e ser solicitado/encaminhado para avaliação psiquiátrica.

- Caso a tentativa de suicídio tenha ocorrido por intoxicação exógena, o médico e/ou enfermeiro deve busca identificar a substância em questão, e em seguida, deve entrar em contato com o Centro de Atendimento Toxicológico (CEATOX). O CEATOX fornece orientações específicas de manejo de acordo com o tipo de substância usada pelo paciente. Informações sobre o uso de antídotos também podem ser encontradas no site: http://ceatox.org.br. Contato pelo telefone 0800-0148110. Nesses casos deverá, também, ser feito a ficha de notificação compulsória "Intoxicação exógena" para ser encaminhado a VIEP.
- De acordo com a avaliação clínica, o médico indicará a internação que necessite de acompanhamento sob regime de internação hospitalar. Nestes casos, o médico deve comunicar o Serviço Social para que seja realizado contato no CAPS para avaliação psiquiátrica e emissão do laudo do especialista a fim do paciente ser regulado via SUS Fácil para Unidade hospitalar de referência
- Os pacientes que não tenham indicação clínica para internação, receberão alta com encaminhamento para o atendimento psiquiátrico no CAPS.
- O encaminhamento psiquiátrico adequado do paciente leva em consideração o risco de nova tentativa de suicídio, além do suporte familiar e social do paciente.
- Em todos os casos descritos, as razões que pautaram o encaminhamento psiquiátrico deverão estar descritas no prontuário do paciente. Para a descrição das razões deve-se utilizar o CID 10, considerando os capítulos do CID X60-X84 - Lesões auto-provocadas intencionalmente.

3. Paciente que comete tentativa de suicídio durante a permanência na Unidade

- Sendo identificada a tentativa de suicídio pela equipe multiprofissional o enfermeiro deve acionar avaliação médica e do Serviço Social.
- A avaliação psiquiátrica deve ser solicitada com urgência para o paciente.
- Notificar o caso ao NSP, imediatamente, pois cabe ao NSP, manter o sistema de vigilância, monitoramento, prevenção e mitigação do risco de suicídio de paciente, tentativa de suicídio ou dano autoinfligido ocorridos na Unidade, como também notificar tais eventos ao Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS).

Paciente que apresente ideação suicida

- A presença de ideação suicida entre pacientes hospitalizados é um indicador sensível de transtornos mentais e, uma vez identificada, deve ser avaliada de forma cuidadosa para que o paciente possa receber os cuidados adequados.
- A equipe multiprofissional deve estar atenta a falas do paciente e de familiares que possam indicar a presença de ideação suicida, e na ocorrência destas, procurar abordar o tema de forma empática e objetiva, sem medo de conversar com o paciente sobre o assunto.
- Ao identificar a presença de ideação suicida, a equipe multiprofissional deverá acionar o Serviço Social, a que verificará a necessidade de avaliação psiquiátrica e fará a solicitação se identificar a mesma como necessária (o médico do paciente deve ser comunicado da necessidade).

Tentativa de suicídio

Entre os pacientes atendidos por tentativa de suicídio, é frequente observar:

- História recente de perda (perda real, imaginada ou temida)
- Intencionalidade suicida baixa na maioria dos casos: apenas ¼ dos pacientes admite que desejava morrer
- Os métodos mais frequentes são a ingestão excessiva de medicamentos, ingestão de

venenos e agrotóxicos, cortes e perfurações.

4. Principais fatores de risco de suicídio

Conhecer os fatores que aumentam o risco de suicídio do paciente é importante e ajuda a equipe multiprofissional a estar atenta aos casos com maior risco.

Abaixo, seguem os fatores de risco mais significativos:

- Tentativa prévia de suicídio – é o mais importante dos fatores preditivos isolados. Pacientes que já tentaram suicídio tem 5 a 6 vezes mais chance de tentar novamente. Dos pacientes que se suicidaram 50% já haviam tentado previamente.
- Doença mental – A maioria dos transtornos mentais são não diagnosticados ou tratados adequadamente (depressão, transtorno bipolar, alcoolismo, abuso ou dependência de substancias, transtornos de personalidade, esquizofrenia).
- Sentimentos de desesperança, desespero, desamparo e impulsividade.
- Idade – tem sido mais comum em jovens e idosos.
- Gênero – óbitos por suicídio são cerca de 3 vezes mais elevados em homens que em mulheres; as tentativas são 3 vezes mais frequentes em mulheres.
- Doenças clínicas não psiquiátricas – taxas maiores de suicídio em pacientes com câncer, HIV, doenças neurológicas, cardiovasculares, pulmonares, reumatológicas. Pacientes com doenças clínicas crônicas apresentam comorbidades com transtornos psiquiátricos com taxas de 52 a 88%.
- Eventos adversos na infância e adolescência – maus tratos, abuso, pais divorciados, transtorno psiquiátrico na família, entre outros.
- História aamiliar e genética – risco aumenta entre aqueles com história familiar de suicídio.
- Fatores sociais – quanto menos laços sociais tem o indivíduo, maior o risco de suicídio.

A associação de condições clínicas graves (doenças crônicas, terminais dolorosas e/ou incapacitantes) e quadros psiquiátricos foi observada na maioria dos pacientes que cometeram suicídio durante uma internação hospitalar. Os principais métodos usados são a precipitação de altura, o enforcamento, e a ingestão de excesso de medicamentos.

As principais condições psiquiátricas observadas neste grupo foram:

- Depressão
- Agitação psicomotora, sendo esta frequentemente associada a quadros de delirium (transtorno mental orgânico)
- Abuso de substâncias psicoativas
- Histórico de tentativas prévias de suicídio

V. Siglas e Definições

- Comportamento suicida: é uma definição abrangente que inclui, além do suicídio em si, os pensamentos, planos e tentativas de suicídio. É um fenômeno presente ao longo de toda a história da humanidade e em todas as culturas. Resulta de interação de fatores psicológicos, biológicos, genéticos, culturais e socioambientais.
- Suicídio: pode ser definido como um ato deliberado executado pelo próprio individuo, cuja intenção seja a morte, de forma consciente e intencional, ainda que ambivalente. É o desfecho de uma série de fatores que se acumulam na história do indivíduo.
  - Tentativa de suicídio: é definida como uma conduta que não tem um desenlace fatal e inclui qualquer dano autoinflingido, executado deliberadamente, com intenção de morte. O suicídio resulta na morte causada por comportamento auto dirigido prejudicial com qualquer intenção de retirar a própria vida. A tentativa de suicídio é definida como um

comportamento auto dirigido não fatal e potencialmente prejudicial, com qualquer intenção de retirar a própria vida, podendo ou não resultar em ferimentos.

- Planejamento suicida: consiste na elaboração de uma estratégia de ação, seleção de métodos, locais e momento para que o indivíduo leve a cabo suas intenções suicidas.
- Ideação suicida: consiste em pensamentos de cunho suicida e no desejo de morrer, sem passar ao plano da ação motora. As ideações são mais prevalentes do que as tentativas e essas, por sua vez, mais prevalentes que o ato suicida fatal. Em relação à ideação suicida, podemos classificá-la como sendo:

→ Ideação de Risco Baixo: a pessoa pensa de forma vaga, não tem planos de se matar

→ Ideação de Risco Médio: a pessoa pensa e tem planos suicidas, mas não pretende cometer suicídio imediatamente

→ Ideação de Risco Grave: a pessoa tem plano definido, tem meios para fazê-lo e planeja fazê-lo prontamente, e/ou tentou suicídio recentemente, e/ou tentou várias vezes em um curto espaço de tempo

- Lesão auto infligida: é um ferimento deliberado infligido por uma pessoa no seu próprio corpo, sem intenção suicida. O indivíduo que se auto inflige não procura, geralmente, terminar com a sua vida. Contudo, a lesão auto infligida mais grave e letal é o suicídio.

VI. Anexos

Não se aplica.

VII. Referências:

Nota técnica GVIMS/GCTES/ANVISA nº09/2020 Práticas seguras para prevenção de suicídio de paciente, tentativa de suicídio ou dano auto infligido em serviços de saúde. Brasília-DF, 10 de Setembro de 2020.

Práticas seguras para prevenção de suicídio de paciente, tentativa de suicídio ou dano auto infligido em serviços de saúde

10.2.3: ÁREA DA QUALIDADE TÉCNICA

IMPLEMENTAÇÃO DE SERVIÇOS E FUNCIONAMENTO DA EQUIPE INTERDISCIPLINAR

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

PTC EMG 001 - ATENDIMENTO DA PCR

I. Objetivos

Realizar atendimento de RCP conforme as diretrizes vigentes da American Heart Association. Reverter uma arritmia e regularizar o ritmo cardíaco.

II. Materiais

Equipamento de Proteção Individual (luvas de procedimento, óculos de proteção, mascara). Carrinho de emergência.

Desfibrilador.

Monitor multiparamétrico.

Tábua rígida.

Ventilador e seus acessórios.

III. Abrangência

Sala vermelha, sala amarela, isolamentos e sala de medicação.

IV. Descrição dos passos da atividade

• Solicitar ajuda ao encontrar um paciente que não responde ou apresenta ausência de pulso carotídeo.

• Verificar a presença de respiração, em seguida, pulso central, se ausente, colocar a tábua rígida e inicie a RCP com compressões torácicas, conforme PTC.

• Paramentar-se com os EPI's.

• Garantir um ambiente seguro e privativo ao paciente.

• Levar o carrinho de emergência para próximo ao paciente.

• Iniciar ventilação positiva a bolsa de ventilação com pressão positiva com reservatório de oxigênio e máscara de silicone, com reservatório de oxigênio, para pacientes sem via aérea avançada na proporção de 30:2 e sincronizadas, para os com via aérea avançada, de forma contínua, na proporção de 1 ventilação a cada 6 segundos (10 ventilações por minuto).

• Monitorizar o paciente (caso ainda não esteja).

• Checar ritmo a cada 2 minutos de massagens cardíacas.

• Se apresentar ritmo CHOCÁVEL (FV/TV), coloque gel nas pás e carregue o desfibrilador conforme solicitação médica e proceda a desfibrilação, conforme POP ENF 057.

• Checar ritmo, se for ritmo NÃO CHOCÁVEL (ASSISTOLIA/AESP), realize a checagem dos CABOS do monitor/desfibrilador, caso mantenha a ausência de ritmo retomar massagens cardíacas.

• Checar permeabilidade do acesso venoso, caso negativo puncionar novo acesso.

• Administrar medicações conforme solicitação médica e após a mesma faça um flush de SF 0,9% e eleve o membro do acesso venoso.

• Manter seringas com as medicações identificadas.
• Cronometrar o intervalo de administração das drogas, e ciclos de RCP.

• Manter o rodízio entre os profissionais, que ficaram nas compressões torácicas e ventilações.

• Manter manobras de RCP, enquanto houver indicação médica, avaliando a cada 2 minutos o ritmo e o pulso carotídeo ou femoral.

• Minimizar a frequência e a duração das interrupções das compressões torácicas.

• Preparar material de intubação orotraqueal conforme POP 058 (caso o paciente não esteja entubado).

• Caso o paciente evolua para óbito, realizar os devidos cuidados conforme PRS SSO 001.

• Se obter êxito na reanimação, posicionar o paciente confortavelmente, e seguir os cuidados.

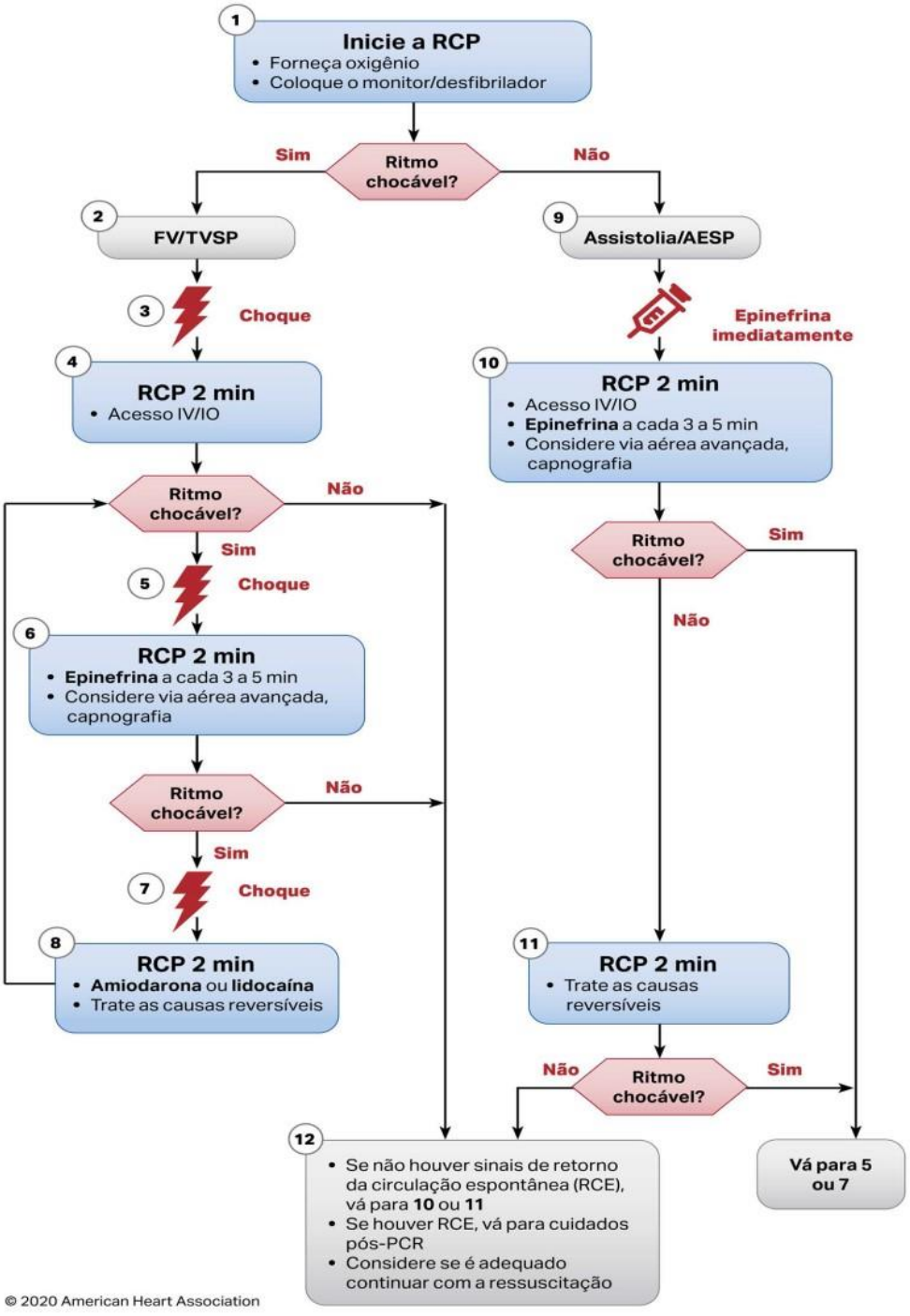
• Retirar os EPI’s.

• Desprezar os resíduos gerados, conforme PGRSS.

• Higienizar as mãos, conforme PRS SCIH 001.

• Anotar o procedimento realizado registrando intercorrências.

• **Algoritmo de PCR em adulto**



Qualidade da RCP

- Comprima com força (pelo menos 5 cm) e rápido (100 a 120/min) e aguarde o retorno total do tórax.
- Minimize interrupções nas compressões.
- Evite ventilação excessiva.
- Alterne os responsáveis pelas compressões a cada 2 minutos ou antes, se houver cansaço.
- Sem via aérea avançada, relação compressão-ventilação de 30:2.
- Capnografia quantitativa com forma de onda
  - Se $PETCO_2$ estiver baixo ou caindo, reavalie a qualidade da RCP

Carga do Choque para Desfibrilação

- **Bifásica**: Recomendação do fabricante (por exemplo, dose inicial de 120 a 200 J); se desconhecida, usar o máximo disponível. A segunda dose e as subsequentes devem ser equivalentes, podendo ser consideradas doses mais altas.
- **Monofásica**: 360 J

Tratamento medicamentoso

- **Dose IV/IO de epinefrina:** 1 mg a cada 3 a 5 minutos
- **Dose IV/IO de amiodarona:** Primeira dose: Bolus de 300 mg. Segunda dose: 150 mg
  ou
  Dose IV/IO de lidocaína: Primeira dose: 1 a 1,5 mg/kg. Segunda dose: 0,5 a 0,75 mg/kg.

Via aérea avançada

- Intubação endotraqueal ou via aérea extraglótica avançada
- Capnografia com forma de onda ou capnometria para confirmar e monitorar o posicionamento do tubo ET
- Quando houver uma via aérea avançada, administre 1 ventilação a cada 6 segundos (10 ventilações/min) com compressões torácicas contínuas

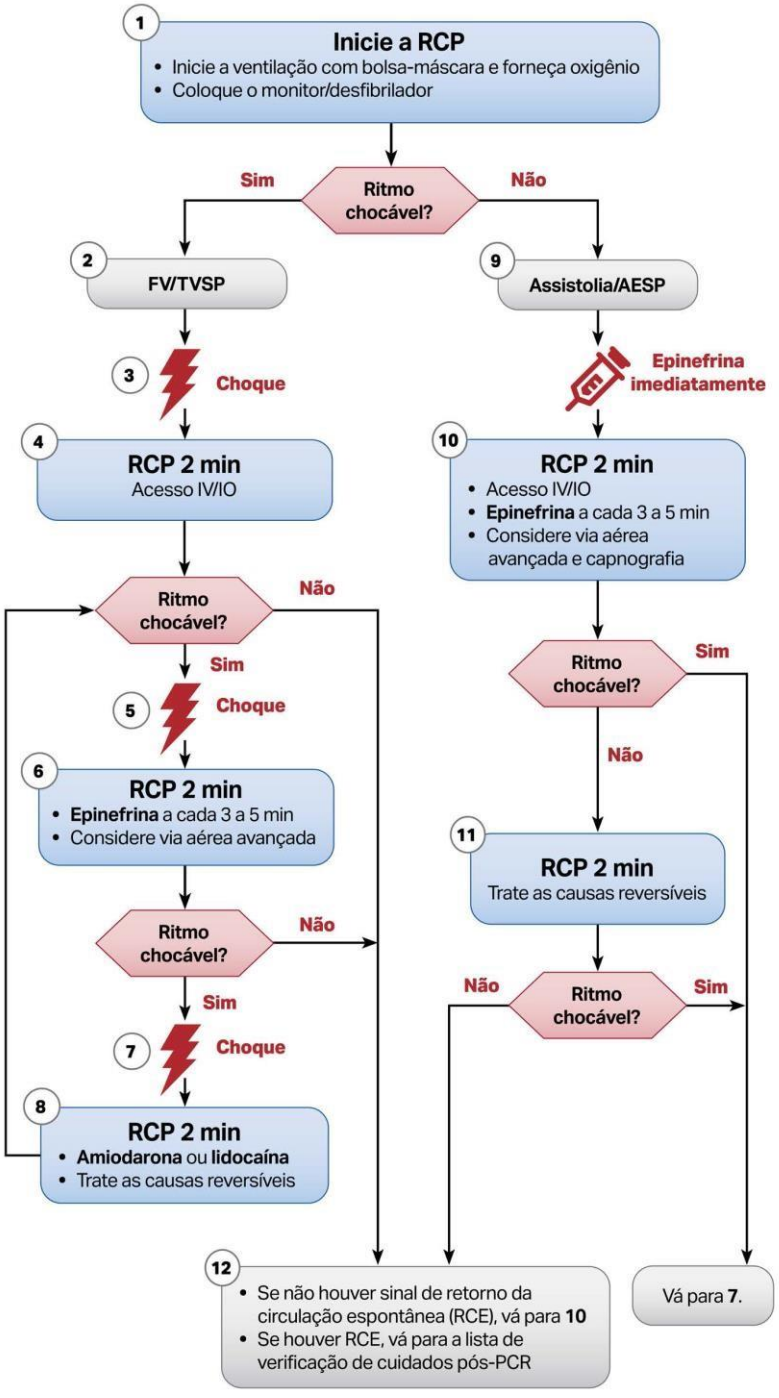
Retorno da Circulação Espontânea (RCE)

- Pulso e pressão arterial
- Aumento abrupto prolongado na $PETCO_2$ (tipicamente, ≥40 mmHg)
- Ondas de pressão arterial espontânea com monitoramento intra-arterial

Causas reversíveis

- **H**ipovolemia
- **H**ipóxia
- **H**idrogênio (acidemia)
- **H**ipo/hipercalemia
- **H**ipotermia
- **T**ensão do tórax por pneumotórax
- **T**amponamento, cardíaco
- **T**oxinas
- **T**rombose coronária
- **T**rombose pulmonar

Algoritmo de PCR em pediatria



Qualidade da RCP

- Comprima com força (≥ ⅓ do diâmetro torácico anteroposterior) e rapidez (de 100 a 120/min) e aguarde o retorno total do tórax
- Minimize as interrupções nas compressões
- Alterne os responsáveis pelas compressões a cada 2 minutos ou antes, em caso de cansaço
- Se estiver sem via aérea avançada, relação compressão-ventilação de 15:2
- Se tiver via aérea avançada, administre compressões contínuas e uma ventilação a cada 2 a 3 segundos

Carga do choque para desfibrilação

- Primeiro choque 2 J/kg
- Segundo choque 4 J/kg
- Choques posteriores ≥4 J/kg, máximo de 10 J/kg ou dose para adulto

Tratamento medicamentoso

- **Dose IV/IO de epinefrina:** 0,01 mg/kg (0,1 mL/kg da concentração de 0,1 mg/mL). ose máxima de 1 mg. Repita a cada 3 a 5 minutos. Se não tiver acesso IV/IO, pode-se administrar dose endotraqueal: 0,1 mg/kg (0,1 mL/kg da concentração de 1 mg/mL).
- **Dose IV/IO de amiodarona:** bolus de 5 mg/kg durante a PCR. Pode ser repetida em um total de até 3 doses para FV/TV sem pulso refratária
  ou
  Lidocaína, dose IV/IO: inicial: dose de ataque de 1 mg/kg

Via aérea avançada

- Intubação endotraqueal ou via aérea extraglótica avançada
- Capnografia com forma de onda ou capnometria para confirmar e monitorar o posicionamento do tubo ET

Causas reversíveis

- **H**ipovolemia
- **H**ipóxia
- **H**idrogênio (acidemia)
- **H**ipoglicemia
- **H**ipo/hipercalemia
- **H**ipotermia
- **T**ensão do tórax por pneumotórax hipertensivo
- **T**amponamento cardíaco
- **T**oxinas
- **T**rombose coronária
- **T**rombose pulmonar

© 2020 American Heart Association

Cuidados de enfermagem pós ressuscitação cardiopulmonar

• Monitorizar o paciente através de pressão arterial, eletrodos, oximetria de pulso e temperatura.

• Colocar cobertor no paciente para manter a temperatura.

• Deixar o paciente confortável no leito.

• Realizar mudança de decúbito, se não houver restrição.

• Manter cuidados intensivos com o paciente.

• Recolher materiais utilizados, descartando os em local adequado.

• Manter o ambiente em ordem.

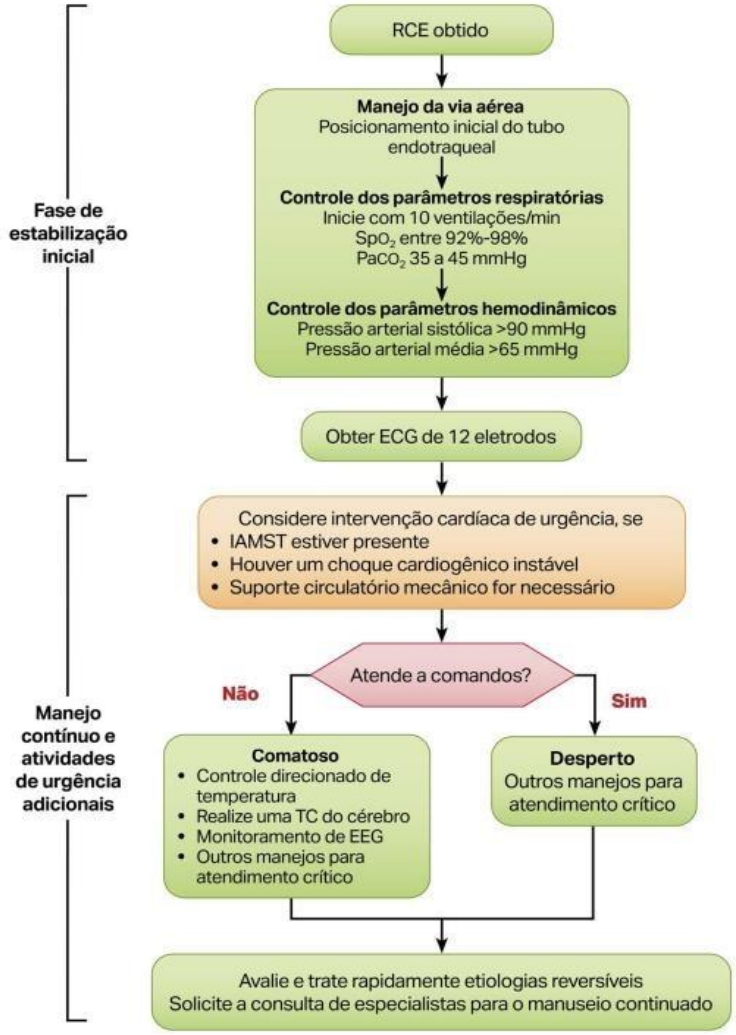
• Retirar os EPI's.

• Higienizar as mãos, conforme PRS SCIH.

• Realizar as anotações no prontuário do paciente.

• Comunicar ao médico imediatamente qualquer alteração no paciente.

• **Algoritmo de cuidados pós PCR para adulto**



Fase de estabilização inicial

A ressuscitação é contínua durante a fase pós-RCE e muitas destas atividades podem ocorrer ao mesmo tempo. No entanto, se a priorização for necessária, siga estas etapas:

- Manejo da via aérea: capnografia com forma de onda ou capnometria para confirmar e monitorar o posicionamento do tubo endotraqueal
- Controle dos parâmetros respiratórios: titule FiO_2 para SpO_2 de 92% a 98%; inicie em 10 ventilações/min; titule para $PaCO_2$ de 35 a 45 mmHg
- Controle dos parâmetros hemodinâmicos: administre cristaloides e/ou vasopressores ou inotrópicos, visando uma pressão arterial sistólica >90 mmHg ou pressão arterial média >65 mmHg

Manejo contínuo e atividades de urgência adicionais

Estas avaliações devem ser realizadas ao mesmo tempo, para que as decisões sobre o controle direcionado da temperatura recebam alta prioridade como intervenções cardíacas.

- Intervenção cardíaca de urgência: avaliação inicial de eletrocardiograma (ECG) de 12 eletrodos; considere a hemodinâmica para tomar decisões em intervenções cardíacas
- Controle direcionado de temperatura: se o paciente não estiver atendendo a comandos, inicie o controle direcionado de temperatura assim que possível; comece entre 32°C e 36°C durante 24 horas usando um dispositivo de resfriamento com loop de feedback
- Outros manejos para atendimento crítico
  - monitoramento contínuo da temperatura central (esofágica, retal, bexiga)
  - Manutenção de normoxia, normocapnia e euglicemia
  - Monitoramento contínuo ou intermitente por eletroencefalograma (EEG)
  - Ventilação mecânica protetora dos pulmões

Hs e Ts

Hipovolemia
Hipóxia
Hidrogênio, íon de (acidose)
Hipocalemia/**h**ipercalemia
Hipotermia
Tensão, pneumotórax hipertensivo
Tamponamento, cardíaco
Toxinas
Trombose coronária
Trombose pulmonar

© 2020 American Heart Association

Lista de verificação de cuidados pós PCR em pediatria

Componentes dos cuidados pós-PCR	Verificar
Oxigenação e ventilação	
Meça a oxigenação e tenha como meta a normoxemia entre 94% e 99% (ou a saturação de oxigênio normal/adequada da criança).	☐
Meça e tenha como meta uma $Paco_2$ adequada para o quadro subjacente do paciente e limite a exposição à hipocapnia ou hipercapnia grave.	☐
Monitorização hemodinâmica	
Defina metas hemodinâmicas específicas durante os cuidados pós-PCR e revise diariamente.	☐
Monitore com telemetria cardíaca.	☐
Monitore a pressão arterial.	☐
Monitore o lactato sérico, o débito urinário e a saturação de oxigênio venoso central para ajudar a orientar os tratamentos.	☐
Use bolus de fluidos parenterais com ou sem inotrópicos ou vasopressores para manter uma pressão arterial sistólica maior que o quinto percentil para idade e sexo.	☐
Controle direcionado da temperatura	
Meça e monitore continuamente a temperatura central.	☐
Evite e trate a febre imediatamente depois da PCR e durante o reaquecimento.	☐
Se o paciente estiver comatoso, aplique o controle direcionado de temperatura (32 °C a 34 °C) seguido por (36 °C a 37,5 °C) ou apenas controle direcionado de temperatura (36 °C a 37,5 °C).	☐
Evite os calafrios.	☐
Monitore a pressão arterial e trate a hipotensão durante o reaquecimento.	☐
Neuromonitoramento	
Se o paciente tiver encefalopatia e os recursos estiverem disponíveis, monitore com eletroencefalograma contínuo.	☐
Trate as convulsões.	☐
Considere exames de imagens do cérebro logo no início para diagnosticar as causas tratáveis da PCR.	☐
Eletrólitos e glicose	
Meça a glicemia e evite a hipoglicemia.	☐
Mantenha os eletrólitos nas faixas normais para evitar possíveis arritmias potencialmente fatais.	☐
Sedação	
Trate com sedativos e ansiolíticos.	☐
Prognóstico	
Sempre considere várias modalidades (clínicas e outras) em vez de um único fator preditivo.	☐
Lembre-se de que as avaliações podem ser modificadas por controle direcionado de temperatura ou por hipotermia induzida.	☐
Considere eletroencefalograma em conjunto com outros fatores no período de 7 dias depois da PCR.	☐
Considere exames de imagens neurológicas, como ressonância magnética, durante os primeiros 7 dias.	☐

V. Siglas e Definições

RCP: Ressuscitação cardiopulmonar.

EPIS: Equipamento de proteção individual.

FV: Fibrilação ventricular.

TV: Taquicardia ventricular.

AESP: Atividade elétrica sem pulso.

PGRSS: Programa de gerenciamento de resíduos de serviços de saúde.

SF: Soro fisiológico.

PCR: Parada cardiorrespiratória

VI. Anexos

Não se aplica

VII. Referências

1. Merchant RM, Topjian AA, Panchal AR, et al. Part 1: executive summary: 2020 American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. Circulation. 2020;142(suppl 2):In press.

2. International Liaison Committee on Resuscitation. 2020 International Consensus on Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care Science With Treatment Recommendations. Circulation. 2020;142(suppl 1):In press.

3. International Liaison Committee on Resuscitation. 2020 International Consensus on Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care Science with Treatment Recommendations. Resuscitation. 2020:In press.

PTC EMG 002 - PROTOCOLO GERENCIADO DE SEPSE

1. Introdução

A sepse é uma síndrome extremamente prevalente, com elevada morbidade e mortalidade e altos custos. Seu reconhecimento precoce e tratamento adequado são fatores primordiais para a mudança deste cenário. O protocolo é uma ferramenta útil neste contexto, pois auxilia na padronização do atendimento ao paciente séptico, diminuindo desfechos negativos e proporcionando melhor efetividade do tratamento.

Trata-se de protocolo adaptado devido a estrutura da unidade local, tendo como base científica as referências bibliográficas do Instituto Latino Americano da Sepse – ILAS.

2. Objetivos

- Contribuir para a sobrevivência dos pacientes com diagnóstico de sepse.
- Descrever como será a ação da equipe envolvida contribuindo para a organização do processo.

3. Definições

- **Infecção sem disfunção:** Infecção suspeita ou confirmada, sem disfunção orgânica, de forma independente da presença de sinais de SRIS. A SRIS não faz mais parte dos critérios para definição da presença de sepse mas continua tendo valor como instrumento de triagem para a identificação de pacientes com infecção e, potencialmente, sob risco de apresentar sepse ou choque séptico.
- **Sepse:** Infecção suspeita ou confirmada associada a disfunção orgânica, de forma independente da presença de sinais de SRIS.
- **Choque séptico:** Sepse que evoluiu com hipotensão não corrigida com reposição volêmica (PAM≤65 mmHg), de forma independente de alterações de lactato.
- **SRIS:** Síndrome de resposta inflamatória sistêmica
- **SOFA:** (Sequential Organ Failure Assissment) é um tipo de índice prognostico, que avalia múltiplas disfunções orgânicas e é utilizado para classificar o risco de óbito dos pacientes com quadro séptico.

SOFA	1	2	3	4
PaO_2 / FIO_2 (mmHg) ou SaO2 / FIO2	< 400 221 - 301	< 300 142 - 220	< 220 67 - 141	< 100 < 67
Plaquetas x 10^3 / mm^3	< 150	< 100	< 50	< 20
Bilirrubina (micromol/L)	20 - 32	33 - 101	102 - 204	> 204
Hipotensão	PAM < 70*	Dopamina ≤5 ou qualquer dobutamina**	Dopamina >5 ou noradrenalina ≤0.1	Dopamina >15 ou noradrenalina >0.1
Escala de coma de Glasgow	13 - 14	10 - 12	6 - 9	<6
Creatinina (micromol/L) ou débito urinário (mL/dia)	110 - 170	171 - 299	300 – 440 < 500	> 440 < 200

**PAM = pressão arterial média (mmHg)*
***Agentes vasoativos administrados por pelo menos 1 hora (doses são administradas em microgramas/kg/minuto)*

 q-SOFA: pela complexidade do SOFA, buscou-se um escore simplificado (quicksofa), que avalia 3 parâmetros à beira leito. Estudos tem demonstrado uma sensibilidade menor que os critérios da Síndrome da Resposta Inflamatória Sistêmica (SIRS) para sepse, porém um q-SOFA **≥ 2** está associado a maior mortalidade.

q-SOFA	**Pontuação**
Frequência respiratória ≥ 22 irpm	1 ponto
Alteração no nível de consciência (Glasgow ≤ 14)	1 ponto
Pressão arterial sistólica ≤ 100	1 ponto

4. Procedimento / Descrição da rotina

Critérios de Inclusão:	**Critérios de Exclusão:**
• Todos os pacientes que apresentem, em algum momento da permanência na Unidade, ou na sua admissão, quadro compatível com sepse ou choque séptico. • Idade ≥ 16 anos.	• Pacientes já em cuidados paliativos com indicação prévia, portanto sem indicação de medidas agressivas para sepse ou choque séptico. • Idade < 16 anos.

4.1. Triagem e rotina para abertura do atendimento

 O protocolo de sepse deve ser aberto pela equipe multidisciplinar para pacientes com SUSPEITA de **sepse** e **choque séptico** a partir da presença de 2 dos sinais de SRIS:

- Hipertermia > 37,8º C ou hipotermia <35º C
- Taquipneia > 20 ipm
- Taquicardia > 90 bpm
- Leucocitose > 12000, leucopenia <4000 ou desvio esquerdo > 10%

 Nos pacientes com critérios de SIRS, a **presença de disfunção orgânica** define o diagnóstico de sepse. As principais disfunções orgânicas são:

Lembre-se: A ausência dos critérios de SIRS não exclui o diagnóstico de sepse. Alguns pacientes,

- Hipotensão
- Oligúria (≤0,5ml/Kg/h)
- Relação PaO2/FiO2 < 300mmHg
- Contagem de plaquetas < 100.000/mm³
- Acidose metabólica inexplicável: déficit de bases ≤ 5,0 mEq/L e lactato > 2 vezes o valor normal
- Rebaixamento do nível de consciência
- Aumento significativo de bilirrubinas (>2X o valor de referência)

principalmente idosos e imunossuprimidos, não apresentam esses sinais. Assim, na presença de uma dessas disfunções, sem outra explicação plausível, pense em sepse e inicie as medidas preconizadas nos pacotes. Caso seja comprovado posteriormente não se tratar de sepse, sempre poderemos suspender a antibioticoterapia.

 A triagem inicial será baseada nos critérios de SIRS e de disfunção orgânica. Qualquer colaborador que identificar pelo menos 2 critérios de SIRS e/ou 1 critério de disfunção orgânica, deverá comunicar o enfermeiro, que deverá iniciar o processo com a abertura da ficha do protocolo e acionar a equipe médica imediatamente. **Atenção! Paciente que já se encontra na unidade (aguardando transferência), o código amarelo deverá ser acionado em todos os casos de SIRS.**

 O médico deverá avaliar o paciente e definir se há foco infeccioso (presumido ou confirmado). Se não houver suspeita clínica de infecção, o paciente não será incluído no protocolo.

 Se houver suspeita de infecção, o médico deverá definir se o diagnóstico é de sepse ou choque séptico. Se o médico afastar o diagnóstico de sepse ou choque séptico, o paciente não será incluído no protocolo. O mesmo ocorrerá se o paciente, independente do diagnóstico, estiver em cuidados paliativos.

 Uma vez o médico confirmando que há sepse ou choque séptico, o paciente será incluído no protocolo, e a partir deste momento, se inicia a contagem de tempo para as metas terapêuticas:

1. **Pacote de 1 hora:** Iniciar protocolo com as seguintes medidas:

- **Coletar exames:** Lactato, Creatinina, Bilirrubina, Plaquetas, Gasometria, Coagulograma
- **Antibioticoterapia:** Administrar em até 1 hora; considerar dose de ataque (vide tabela "5.1 Antibioticoterapia)
- **Reposição volêmica:** 30 ml/kg

2. **Pacote de 3 horas:** Após o resultado dos exames laboratoriais, o médico reavalia a presença de disfunção orgânica (clínica ou laboratorial), dando prosseguimento as seguintes medidas:

- Colher novo lactato
- Caso o paciente permaneça hipotenso, iniciar vasopressores. Não se deve tolerar PAM abaixo de 65 mmHg por períodos superiores a 30-40 minutos. Em casos de hipotensão ameaçadora a 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 com urgênciao acesso central. A droga de escolha é a noradrenalina

3. **Pacote de 6 horas:** O paciente hipotenso, a despeito da otimização da reposição volêmica, e/ou com hiperlactatemia inicial, tem indicação de reavaliação do estado volêmico ou de parâmetros perfusionais, dentro das primeiras 6 horas de tratamento. As seguintes formas de reavaliação poderão ser consideradas

- Elevação passiva de membros inferiores
- Tempo de enchimento capilar
- Intensidade de livedo
- Sinais indiretos (por exemplo, melhora do nível de consciência ou presença de diurese)

4. Em pacientes com disfunção clínica aparente, mas com quadro clínico sugestivo de outros processos infecciosos atípicos, como dengue, malária e leptospirose, o médico poderá optar por seguir fluxo específico de atendimento que leve em consideração peculiaridades do atendimento a esses pacientes.

Deve-se levar em conta o quadro clínico, não sendo adequado o seguimento do protocolo, o médico pode decidir por outro fluxo de atendimento ou observação clínica antes da administração de antimicrobianos da primeira hora.

5. Em pacientes para os quais já exista definição de cuidados de fim de vida, o protocolo deve ser descontinuado, e o paciente deve receber tratamento pertinente a sua situação clínica, incluindo eventualmente alguns dos componentes do pacote de tratamento.

6. Após definição pela abertura do protocolo de sepse, além da pesquisa de disfunções orgânicas múltiplas, aplicar o qSOFA como escore de gravidade, visando reconhecer precocemente pacientes com potenciais de complicação e óbito (pontuação ≥2).

7. Todos os pacientes de sepse devem ter seu atendimento priorizado com o objetivo de **otimizar a coleta de exames**, o **início de antibioticoterapia** e a **ressuscitação hemodinâmica**.

8. Garantir o atendimento adequado até transferência do paciente para unidade hospiitalar.

9. A ficha do protocolo de sepse deve acompanhar o paciente durante todo o atendimento de tratamento, a fim de facilitar a comunicação nos pontos de transição entre as equipes de diferentes turnos e resolver pendências existentes para o atendimento. Após o desfecho do caso, a ficha deverá ser encaminhada ao SCIH.

5. Tratamento

5.1. Antibioticoterapia

Foco	Infecção comunitária	Infecção associada à assistência à saúde (IRAS)
Pulmonar	**Ceftriaxona 1g** IV 12/12h + **Azitromicina 500mg** IV 24/24h **ou** **Ceftriaxona 1g** IV 12/12h + **Clindamicina 600mg** IV 8/8h	**Ceftriaxona 1g** IV 12/12h + **Claritromicina 1gr** IV 12/12h **ou** **Cefepime 2g** IV 8/8h
Urinário	**Ciprofloxacino 400mg** IV 12/12h **ou** **Ceftriaxona 1g** IV de 12/12h **ou** **Cefepime 1g** IV 8/8h	**Amicacina 1g** IV 24/24h **ou** **Cefepime 1g** IV 8/8h
Abdominal	**Ciprofloxacino 400mg** IV 12/12h + **Metronidazol 500mg** IV 8/8 h **ou** **Gentamicina 80mg** 3 frs 24/24h + **Metronidazol 500mg** IV 8/8h + **Ampicilina 2g** 6/6h	**Cefepime 2g** IV 8/8h + **Metronidazol 500mg** IV 8/8h + **Gentamicina 80mg** IV 3 frs 24/24h
Pele e partes moles	**Amoxacilina/Clavulanato 1g** IV 8/8h **ou** **Ceftriaxona 1g** IV 12/12h + **Clindamicina 600mg** IV 8/8h **ou** **Oxacilina 1g** IV 4/4 hs	**Ceftriaxona 1g** IV 12/12h + **Clindamicina 600mg** IV 8/8h **ou** **Oxacilina 1g** IV 4/4h

Pontos chave

- A administração dos antimicrobianos **deverá ser priorizada**. **Administrar em até 1 hora** após a suspeita.
- Suspender os antimicrobianos, caso seja afastada a hipótese de infecção.
- Atentar para necessidade de ajustes de doses em pacientes com disfunção renal ou hepática aguda ou prévia (consultar protocolo "PTC 013 Uso de Antimicrobiano). O ajuste de dose de

antibióticos deve ser feito somente após as primeiras 24 horas, pois é necessário atingir rapidamente a concentração inibitória mínima.

5.2. Outras recomendações

- Para pacientes hipotensos (PAS< 90mmHg, PAM <65mmHg ou, eventualmente, redução da PAS em 40mmHg da pressão habitual) ou com sinais de hipoperfusão, entre eles níveis de lactato acima de 2 vezes o valor de referência (hiperlactatemia inicial), deve ser iniciada ressuscitação volêmica com infusão imediata de 30 mL/kg de cristalóides dentro da 1ª hora do diagnóstico da detecção dos sinais de hipoperfusão.
- Pacientes cardiopatas podem necessitar redução na velocidade de infusão, conforme a presença ou não de disfunção diastólica ou sistólica. Nos casos em que foi optado por não realizar reposição volêmica, parcial ou integralmente, após avaliação de fluido responsividade, esta decisão deve estar adequadamente registrada no prontuário. Nesses pacientes, o uso de vasopressores para garantir pressão de perfusão adequada necessita ser avaliado.
- Nos pacientes com lactato alterado acima de duas vezes o valor de referência, a meta terapêutica é o clareamento do mesmo. Assim, como um complemento ao pacote de 1 hora, dentro de 2 a 4 horas após o início da ressuscitação volêmica, novas dosagens devem ser solicitadas. Nem sempre se obtém a normalização do lactato, haja vista existirem outras causas para a hiperlactatemia que não a hipoperfusão tecidual. A busca pela normalização deve ser feita cuidadosamente, sob risco de intervenções terapêuticas desnecessárias, e potencialmente deletérias. A hiperlactatemia residual isolada, sem outros sinais clínicos de hipoperfusão ou má evolução, não necessariamente precisa ser tratada.

VIII. Choque

- Caso a pressão arterial média (PAM) permaneça abaixo de 65 (após a infusão de volume inicial) iniciar vasopressores. Não se deve tolerar pressões abaixo de 65 mmHg por períodos superiores a 30-40 minutos. Por isso, embora tenha sido iniciado a ressuscitação com cristalóide, o vasopressor deve ser iniciado mesmo dentro da primeira hora nos pacientes em que ele está indicado. Em casos de hipotensão ameaçadora a 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 central. A droga de escolha é a noradrenalina. Dopamina, em doses

acima de 5 µg/kg,

deve ser restrita a pacientes com baixo risco de arritmia e com disfunção cardíaca associada. O uso de dopamina em dose dopaminérgica está contraindicado.

- Idealmente, os pacientes com choque séptico (enquanto em uso de vasopressor) devem ser monitorados com pressão arterial invasiva. Aferição por manguito não é fidedigna nessa situação, mas pode ser utilizada nos locais onde a monitorização invasiva não está disponível.
- Os pacientes com hemoglobina 7,0 g/d a estratégia inicial recomendada é o uso de dobutamina e não a transfusão. A dose inicial é de 2,5 µg/Kg. A dose deve ser progressivamente aumentada, em incrementos de 2,5 µg/Kg. A ausência de resposta ao aumento da dose deve desestimular novos aumentos. A dose máxima recomendada é de 20 µg/Kg.

5.3. Uso de corticóides

- Somente em paciente com choque séptico refratário, pode-se avaliar a prescrição de hidrocortisona 50mg 6/6h. Não usar rotineiramente essa medicação em todos os pacientes.

5.4. Ventilação mecânica

- A intubação orotraqueal não deve ser postergada, em pacientes sépticos, com insuficiência respiratória aguda e evidências de hipoperfusão tecidual.
- Os pacientes que necessitarem de ventilação mecânica devem ser mantidos em estratégia de ventilação mecânica protetora, devido ao risco de desenvolvimento de síndrome do desconforto respiratório agudo (SDRA). A estratégia protetora inclui a utilização de baixos volumes correntes (6 mL/kg de peso ideal) e a limitação da pressão de platô abaixo de 30 cmH_2O. A fração inspirada de oxigênio deve ser suficiente para manter uma PaO_2 entre 70 - 90 mmHg. Também deve-se objetivar uma pressão de distensão (driving pressure, pressão de platô - peep) menor que 15 cmH_2O, sempre que possível.
- Para pacientes com diagnóstico de SDRA há menos de 48 horas, com relação PaO_2/ FiO_2 menor que 150 e FiO_2 de 60% ou mais, a utilização de posição de prona é recomendada, para unidades que tenham equipe com treinamento na técnica. Manobras de recrutamento estão associadas a maior mortalidade e devem ser evitadas.

5.5. Bicarbonato

 Não está indicado o uso de bicarbonato nos casos de acidose lática em pacientes com pH >7,15, pois o tratamento dessa acidose é o restabelecimento da adequada perfusão. Nos pacientes com pH abaixo desse valor esta terapia pode ser avaliada como medida de salvamento.

5.6. Controle glicêmico

 Os pacientes na fase aguda de sepse cursam frequentemente com hiperglicemia, secundária a resposta endocrino-metabólica ao trauma. O controle adequado da glicemia é recomendado evitando-se episódios de hipoglicemia e variações abruptas da mesma.
 Deve-se usar estratégia para controle glicêmico, objetivando glicemias entre 80-180.

6. Indicadores

O indicador estabelecido para verificação da adesão do protocolo proposto encontra-se disponível na plataforma Sigquali.



Os critérios avaliados para determinar a adesão ao protocolo são:

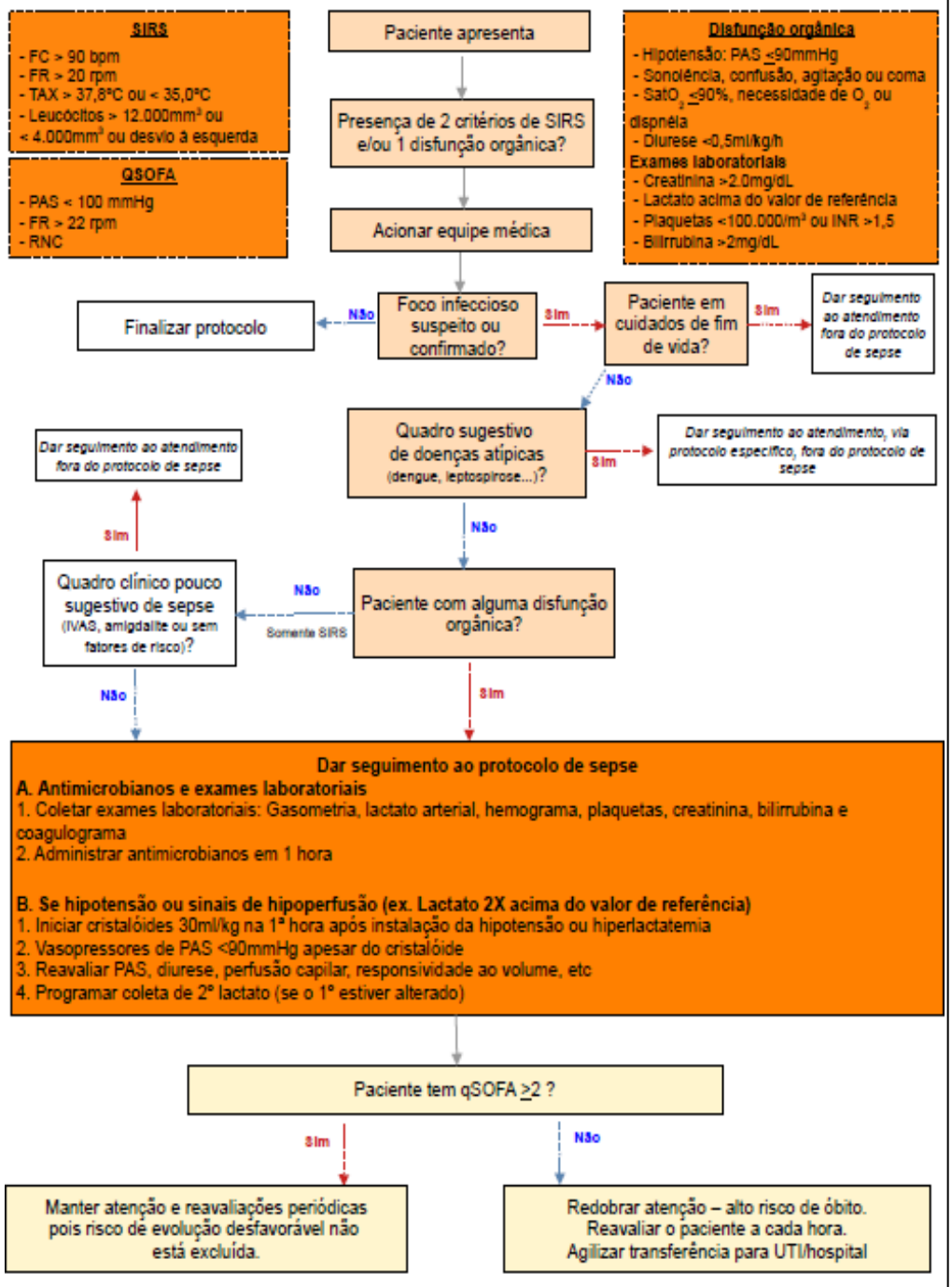
- Coleta de lactato arterial na primeira hora
- Administração de antibioticoterapia na primeira hora
- Reposição volêmica na primeira hora
- Reavaliação na terceira hora ou em até 6 horas após abertura do protocolo

7. Anexo

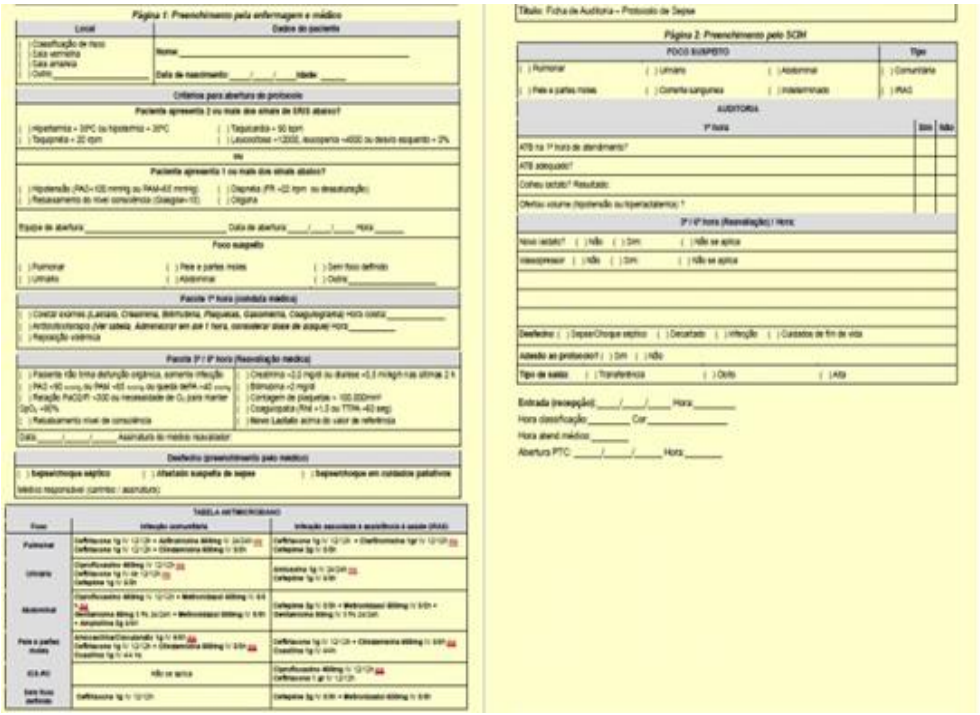
Fluxograma de atendimento

Título: Fluxograma de triagem para pacientes com suspeita de sepse

Responsável: Serviço médico e enfermagem	**Código:** PTC OSS HMTJ 002	**Revisão:** 01	**Data:** 13/09/2021



I. Exemplar Ficha de triagem e auditoria



7. Referências

1. Implementação de protocolo gerenciado de sepse protocolo clínico. Atendimento ao paciente adulto com sepse / choque séptico. 2018. https://www.ilas.org.br/assets/arquivos/ferramentas/protocolo-de-tratamento.pdf

2. Guia prático de terapia antimicrobiana na sepse edição revisada e atualizada. 2021 https:ilas.org.br/assets/arquivos/upload/Guia_ATM.pdf

3. Sepse: um problema de saúde pública. A atuação e colaboração da Enfermagem na rápida identificação e tratamento da doença. 2020. https://ilas.org.br/assets/arquivos/ferramentas/livro-sepse-um-problema-de-saude- publica-coren-ilas.pdf

4. Roteiro de implementação de protocolo assistencial gerenciado de sepse - Programa de melhoria de qualidade. A linha de cuidado: da admissão aos cuidados após a alta hospitalar. 5º edição, 2019. - https://ilas.org.br/assets/arquivos/ferramentas/roteiro-de-implementacao.pdf

5. Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde Controlando a Sepse, Sobrevivendo a Sepse, Manual 2017.

6. Protocolo Gerenciado da Sepse HCor. https://www.hcor.com.br/area-medica/wp-

content/uploads/2020/11/1.- Protocolo-SEPSE.pdf

PTC EMG 003 - ATENDIMENTO AO POLITRAUMATIZADO

1. Introdução

O trauma é um grande problema da sociedade atual, sendo responsáveis por várias perdas. A correta avaliaçãoda gravidade, o rápido diagnóstico norteia a conduta primária que acaba por definir o prognóstico.

2. Objetivos

- Padronizar o atendimento ao politraumatizado.
- Melhorar o prognóstico dos casos graves.
- Minimizar os agravos a saúde do paciente politraumatizado.

3. Definições

- **Politraumatizado:** é o paciente com lesões graves que colocam em risco sua vida e que depende detratamento médico cirúrgico especializado para o sucesso terapêutico.
- **Politrauma:** Compreendem os ferimentos e traumas fechados múltiplos.
- **Perigo:** hemorragia torácica, hemorragia abdominal, lesão cerebral, fraturas fechadas e expostas, choqueséptico, choque hemorrágico, óbito.

4. Procedimento / Descrição da rotina

4.1. Chegada do pacienteClassificação de Risco

- Os profissionais da classificação de risco têm extrema responsabilidade e importância na avaliação.
- A sequência **A B C D E** descrita no quadro 1 deve ser realizada no momento da Classificação de Risco.
- A rotina de avaliação deve ser seguida à risca e nenhum paciente com diagnóstico presuntivo que seja depolitraumatizado, não pode ser negligenciado pelo "seu bom estado geral" no momento da entrada.
- O politraumatizado frequentemente instabiliza e uma boa classificação de risco pode significar a diferença entrea vida e a morte para o paciente.
- Durante a avaliação inicial **A B C D E** o profissional da classificação TEM que medir TODOS os dados vitaisbásicos enquanto colhe a história, pois a gravidade está no detalhe.
- Frequência Cardíaca, Sudorese, Dor torácica, Dor abdominal, Palidez somado ao

mecanismo de trauma(história do trauma) são os únicos indícios de paciente potencial grave.

- A classificação final VERDE, AMARELO, LARANJA ou VERMELHO deve ser orientada pelos achados dessa primeira avaliação.

II. Avaliação Médica

- O médico **não** deve aguardar o paciente entrar no sistema para iniciar a avaliação.
- O atendimento deve ser orientado pela sequência **A B C D E** (Quadro 1), entretanto não de forma acadêmica (letra por letra), mas de forma profissional.
- Os sistemas devem ser avaliados em conjunto e o tratamento iniciado IMEDIATAMENTE a fim de controlar o dano.
- Os traumas de extremidades geralmente são exuberantes quando tem fraturas e perda de substância, causam comoção e ansiedade, mas devem ser sempre secundários a avaliação Crânio – Tóraco – Abdominal. Na sequência **A B C D E** (Quadro 1) os traumas de extremidades são avaliados na letra E.

Quadro 1: Sequência A B C D E

A avaliação deve acontecer na seguinte sequência:	
A	Coluna cervical + via aérea
B	Padrão respiratório
C	Pressão Arterial + frequência cardíaca + pulsos periféricos + sítios hemorrágicos
D	Estado neurológico + Escala de Coma de Glasgow (Quadro2)
E	Sintomas abdominal, torácicos e pelve, seguido de lesões em membros

Quadro 2: Escala de como de Glasgow

Variáveis Escore		
Abertura ocular	Espontânea	4
	À voz...	3
	À dor	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
Leve: 13 a 15	**Moderado:** 9 a 12	**Grave:** 3 a 8

4.2. Condutas Avaliação inicial:

ATLS

Prevenir contaminação da ferida Antibióticos e tetanoprofilaxia Realinhar e proteger o membto Exame clínico e radiográfico Remoção via SUS Fácil

- **Checar ambiente do trauma:**

✓ Carro / Motocicleta: Km/h

✓ Queda de altura

✓ Mergulho em águas rasas

✓ Ferimento por arma de fogo: regiões acometidas; calibre

✓ Ferimento por arma branca

✓ Outros

- **Condições do acidentado:**

✓ Consciente

✓ Inconsciente

✓ Glasgow (Quadro 2)

✓ ISS (Quadro 3)

✓ Classe de hemorragia (Quadro 4)

Quadro 3: Injury Severety Score - ISS

Gravidade da lesão	
Pequena	1
Moderada	2
Grave: Não letal	3
Grave: Potencialmente letal	4
Crítica: sobrevivência incerta	5
Fatal: Morto ao chegar	6

Usa-se os valores das 3 piores regiões do corpo: A, B e C ISS = A2 + B2 + C2

Quadro 4: Classificação da hemorragia

Classe I	< 15% perda volume circulante de sangue
Classe II	15% a 30% perda sangue = taquicardia e pressão arterial mantida
Classe III	30% a 40% perda sangue = taquicardia e hipotensão
Classe IV	> 40% perda sangue = taquicardia acentuada e hipotensão

- **Mecanismo do trauma:**

✓ Choque frontal

✓ Choque traseiro

✓ Choque lateral
✓ Atropelamento
✓ Esmagamento
✓ Queda em pé
✓ Soterramento
✓ Electrocussão
✓ Mergulho

- **Quadro clínico apresentado na chegada do paciente**

✓ Hipotensão
✓ Taquicardia
✓ Taquipnéia
✓ Diminuição do nível de consciência
✓ Hipotermia
✓ Oligúria (1 ml/Kg/h)

- **Tipo de choque:**

✓ Hipovolêmico / hemorrágico
✓ Cardiogênico
✓ Neurogênico
✓ Séptico

- **Classificação (Quadro 5):**

✓ Estável
✓ Limítrofe
✓ Instável
✓ Crítico

Quadro 5: Classificação

	Estável	Limítrofe	Instável	Extremo
PA (mmHg)	>100	80 - 100	60-90	< 50 - 60
Sangue (2h)	0 a 2	2 a 8	5 a 15	> 15
Plaquetas	>110.0oo	90 a 100.000	70 a 90.000	<70.000
Temperatura	>35ºC	33 a 35 ºC	30 a 32ºC	< 30º C
PaO2/FIO2	350-400	300 - 350	200 - 300	< 200
Tr torácico	AIS 1	AIS 2	AIS 2	AIS 3
Tr abdominal (Moore)	< II	< III	III	> III
Tr pélvico	Tipo A	Tipo B ou C	Tipo C	Tipo C

- **Conduta baseada na classificação:**

✓ Estável: tratamento ortopédico definitivo

✓ Instável: controle de danos

✓ Extremo: controle de danos

✓ Crítico: controle de danos

- **Tipo de fratura:**

✓ Fechada

✓ Exposta

Conduta na fratura exposta:

✓ Prevenção de infecção

✓ Cicatrização de tecidos moles e consolidação óssea

✓ Recuperação da função

5. Tratamento

- Considerar sempre como politraumatizado
- Remover corpo estranho
- Remover tecidos desvitalizados
- Reduzir contaminação bacteriana
- Criar uma ferida vascularizada
- Usar antibiótico profilático

6. Referências

1. The timing of frature treatment In polytrauma patient: relevante of damage control ortopedia surgery. Am. J.Surg. 183: 622-9, 2002.

2. Pape HC, et al. Injury 2007; 38: 1358-1364.

3. Riska EB, et al. Injury 1976;8:110.

4. Riska EB, et al. J Trauma 1982; 22:891.

5. Goris RJ, et al. J Trauma 1982; 22: 895.

6. Meek RN. et al. Injury 1986; 17:2.

7. Manual da VMER / INEM e Pre-Hospital Trauma Life Support of National Association of Emergency.

PTC EMG 004 - DOR TORÁCICA

DEFINIÇÃO

Trata-se de uma ferramenta essencial de suporte à tomada de decisão na Unidade de Pronto Atendimento, na identificação de 25% dos portadores de síndrome coronária aguda (SCA) / doença arterial coronariana (DAC) que seriam liberados sem diagnóstico correto. Desde sua criação, o protocolo diminuiu as internações desnecessárias em 68% dos casos, reduzindo custos e melhorando o bem-estar dos pacientes. É um protocolo assistencial gerenciado para o atendimento a pacientes com queixas de dor torácica aguda ou de seus equivalentes, ou seja, sintomas compatíveis com a possibilidade de serem decorrentes de uma síndrome coronária aguda (SCA) ou de outras doenças cardiovasculares graves.

Por meio deste protocolo, é possível oferecer uma estratégia baseada em evidências adequada à estrutura de nossa unidade de pronto atendimento, que orienta a tomada de decisões da equipe de socorristas locais ecom os recursos tecnológicos de auxílio ao diagnóstico e tratamento desta unidade. O objetivo principal é confirmar ou descartar diagnósticos de doenças cardiovasculares de risco, como por exemplo, o infarto agudo do miocárdio.

Embora o número de pacientes com essas queixas seja grande, apenas uma pequena porcentagem tem o diagnóstico de doenças cardiovasculares graves. A maioria dos casos que se incluem neste protocolo acaba fazendo algum tipo de avaliação adicional à consulta médica e aos exames básicos de avaliação cardiológica inicial, como o eletrocardiograma, a radiografia do tórax e as dosagens dos marcadoresbioquímicos de lesão miocárdica no sangue. Neste contexto, os pacientes submetidos ao Protocolo de Dor Torácica podem passar por um período de observação e reavaliações médicas sob monitorização cardíaca contínua, durante o qual mais exames laboratoriais, de imagem são realizados, visando principalmente avaliar o risco de se tratar de alguma das doenças de maior gravidade e que podem se manifestar por dor torácica.

CONTEÚDO DO PADRÃO

Recursos Necessários

- Médicos socorristas com capacitação no atendimento ao paciente com dor torácica.

- Equipe de enfermagem treinada para identificar o paciente com dor torácica e realizar o eletrocardiograma.

- Insumos: aparelho de eletrocardiograma e aparelho de ECG telemedicina.

• Medicamentos: trombolítico, ácido acetilsalicílico, heparina de baixo peso molecular, isossorbida, clopidogrel e morfina.

Principais Passos Iniciados Pela Equipe de Enfermagem

 Avaliação inicial no acolhimento: usuário com queixa de dor torácica deve ser encaminhado com prioridade para a classificação de risco, enquanto acompanhante outécnico de enfermagem realiza a abertura da ficha de atendimento;

 Classificação de risco: coleta o relato e os sinais e sintomas, seguido pelo ECG, manter todos os dados registrados em formulário padrão segue modelo em anexo;

 O médico avalia o ECG, caracteristicas da dor em formulário aberto na admissão, classificação de risco de acordo com escore HERT, ADAPT, EDACS ou GRACEclassificando-o como baixo risco em até 10 minutos do protocolo aberto.

 Se o médico nestes 10 minutos classificar o paciente como baixo risco, o paciente deverá retornar para atendimento padrão seguindo o fluxo normalmente.

 Se for constatado alterações isquêmicas eletrocardiográficas ou se tratar de paciente moderado ou alto risco, encaminhar diretamente para sala de urgência, como prioridade no atendimento (classificação laranja) e iniciar o protocolo de SCA com solicitação de exames laboratoriais e medicamentos.

 Troponina só deverá ser solicitada se protocolo de dor torácica aberto. Sua repetição apenas se primeira amostra negativa e paciente classificado como moderado/alto risco.

1.1 Fatores de Risco Relevantes Quando Associados a Dor Torácica

 Idade

 Sexo masculino

 Hipertensão Arterial

 Tabagismo

 Diabetes Mellitus

 Dislipidemia

2. INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO (IAM) COM SUPRA DE ST – CONTATO IMEDIADO COMO SAMU

 Contato imediato com o SAMU no qual o médico regulador decidirá juntamente com a equipe da hemodinâmica da sala vermelha se transferência para cineangiocoronariográfica ou se iniciaremosa trombólise.

Parágrafo único: há protocolo institucional estabelecido pelo Cis-urg o qual pacientes com infarto agudo do miocárdio com supra desnível de seguimento ST nos pronto-atendimentos são de sua responsabilidade após contato feito pelo médico assistente no que diz respeito a decisão de transferência imediata para cineangiocoronariográfica e/ou trombólise na unidade.

 Se definido a transferência sem trombolise, manter o paciente em monitorização contínua até chegada da unidade de suporte avançado e protocolo medicamentoso.

 Se definido por realizar a trombólise: iniciar o trombolítico o mais rápido possível, preferencialmente em 30 minutos, e o mais tardar em 60 minutos;

 Checar as contraindicações do trombolítico e anotá-las no prontuário para justificar a não oferta da terapia adequada;

 Permanecer ao lado do paciente até o término da trombólise;

 Lembrar que não é necessárias enzimas cardíacas para definir um IAM com supra;

 Manter a monitorização mesmo após a trombólise e aguardar unidade de suporteavançado de vida para transporte; e cadastrar no SUS Fácil imediata e obrigatoriamente.

2.1 Prescrição Padrão no IAM com Supra

 Repouso absoluto;

 Monitorização cardíaca continua, oximetria e cabeceira a 30 graus.

- Oxigênio por cateter nasal a 3 litros por minuto, a critério médico (ACM);
- Glicemia capilar;
- Manter 02 acessos venosos calibrosos;
- Soro fisiológico (SF) 0,9% 500ml 2 frascos para manter as veias e ACM;
- AAS 100mg 3 comprimidos via oral agora (ataque);
- AAS 100mg 1 comprimido via oral de 24/24 horas (manutenção);
- Clopidogrel 75mg 4 comprimidos via oral agora (ataque, dose contra-indicada para paciente >75 anos);
- Clopidogrel 75mg 1 comprimido via oral de 24/24 horas (manutenção);
- Sinvastatina 20mg 2 comprimidos via oral de 24/24h (iniciar imediatamente);
- Trombolítico – alteplase – (Conforme quadro abaixo);

ORIENTAÇÕES PARA DISPENSAÇÃO E USO DO TROMBOLÍTICO
Solicitar o trombolítico escolhido através do formulário solicitação de trombolítico (em anexo), que se encontra disponível na sala de urgência.
Realizar ECG antes e depois da trombolise, sendo 1 via da farmácia.
O Trombolítico deverá ser realizado por profissional devidamente capacitado, sempre em acesso venoso exclusivo para este propósito.
As ampolas só devem ser deslacradas no momento efetivo da trombólise para evitar perdas.

- Tridil 50mcg 1frasco + SF0,9% 230ml endovenoso em bomba de infusão continua(BIC) e ACM;

- Metoprolol 5mg 1frasco endovenoso lento em bolus e ACM;

- Metoprolol 100 mg 1comprimido via oral de 24/24 horas;

- Verificar frequência cardíaca (FC) e pressão arterial (PA);

- Morfina 1mg/ml 1 ampola + agua destilada 10ml endovenoso ACM;

- Dipirona 500mg/ml 1 ampola + agua destilada 10ml endovenoso ACM;

- Plasil 1 ampola + agua destilada 10ml endovenoso ACM.

2.2 Eleição de Estratégia de Reperfusão

Verificar novamente indicações para trombólise:

- Dor torácica típica com duração > 20 minutos;

- Tempo de início de dor persistente < 12 horas;

- ECG com supra de ST > 1 mm em pelo menos DUAS derivação periféricas (DI a DIII, AVF, AVL ou AVR) ou duas derivações precordiais contíguas, ou BRE novo;

- ECG com supra de ST > 1 mm em pelo menos DUAS derivação periféricas (DI a DIII, AVF, AVL ou AVR) ou duas derivações precordiais contíguas, ou BRE novo;

- Orientação de trombólise na unidade pela regulação do SAMU após o contato.

2.3 Contraindicações ao Trombolítico

- **Absolutas:** Qualquer sangramento intracraniano; Acidente Vascular Cerebral (AVC) isquêmico nos últimos 3 meses; Dano ou neoplasia no Sistema Nervoso Central; Sangramento ativo ou diástese hemorrágica (exceto menstruação); Qualquer lesão vascular cerebral conhecida; Suspeita de dissecção de aorta; Hipertensão arterial crônica importante e não controlada; Úlcera péptica ativa; Exposição prévia a trombolítico.

 Relativas: AVC isquêmico há mais de 3 meses ou patologia intracraniana não listada nas CI absolutas; Gravidez; Uso atual de antagonista da vitamina K: quanto maior o RNI maior o risco; Sangramento interno recente < 2-4 semanas; Ressuscitação Cárdio Pulmonar (RCP) traumática ou prolongada (>10min) ou cirurgia < 3 semanas; Hipertensão arterial não controlada (PAS>180 ou PAD>110mmHg); Punções não compressíveis.

3. IAM SEM SUPRA DE ST

A diferenciação entre Angina Instável e IAM sem supra se faz evolutivamente, a partir de constatação de elevação (IAM) ou não dos marcadores séricos de necrose miocárdica.

Todos os pacientes com IAM sem supra são considerados de alto risco para evento fatal e devem, obrigatoriamente serem cadastrados no SUSFACIL na tentativa de encaminhamento à alguma UTI da região, na qual será tentada a transferência inter-hospitalar para realização de cineangiocoronariográfica nos casos elegíveis. Caso não haja vaga de terapia intensiva disponível, o paciente deve ser mantido em monitorizarão contínua pelas primeiras 72 horas e com prescrição medicamentosa abaixo relatada. Se nestas primeiras 72 horas o paciente evoluir com estabilidade hemodinâmica e sem uso de drogas
vasoativas, além de boa perfusão periférica e bom padrão respiratório em ar ambiente, encaminha-lo para leito de observação da unidade e alterar o procedimento no cadastro do SUSFACIL para cineangiocoronariográfica. Esta abordagem deve envolver toda a equipe multiprofissional, incluindo a enfermagem e o serviço de assistência social, devendo-se anotar toda a conduta no prontuário do paciente.

3.1 Prescrição Padrão no IAM sem Supra

- Repouso absoluto;
- Monitorização cardíaca continua, oximetria e cabeceira a 30 graus.
- Oxigênio por cateter nasal a 3 litros por minuto, a critério médico (ACM);
- Glicemia capilar;
- Manter 01 acesso venoso calibroso;
- SF 0,9% 500ml 1frasco para manter veia e ACM;

- AAS 100mg 3 comprimidos via oral agora (ataque);
- AAS 100mg 1comprimido via oral de 24/24 horas (manutenção);
- Clopidogrel 75mg 4 comprimidos via oral agora (ataque, dose contra-indicada parapaciente >75 anos);
- Clopidogrel 75 1 comprimido via oral de 24/24 horas (manutenção);
- Sinvastatina 20 mg 2 comprimidos via oral de 24/24 horas (iniciar imediatamente);
- Clexane 1mg/Kg de peso de 12/12 horas;
- Tridil 50mcg 1frasco + SF0,9% 230ml endovenoso em BIC e ACM;
- Metoprolol 5mg 1frasco endovenoso lento em bolus e ACM;
- Metoprolol 100 mg 1 comprimido via oral de 24/24 horas;
- Morfina 1mg/ml 1ampola + agua destilada 10ml endovenoso ACM;
- Dipirona 500mg/ml 1ampola + agua destilada 10ml endovenoso ACM;
- Plasil 1 ampola + agua destilada 10ml endovenoso.

4. ANGINA INSTAVÉL

Considerando a fisiopatologia da angina instável, ou seja, a sub-oclusão de uma artéria coronária, torna-se necessária a estratificação dos pacientes quanto ao risco de evento cardiovascular maior (IAM ou morte), para definição de estratégia invasiva na atual internação xambulatorial.

Os pacientes classificados como de baixo risco, devem ser monitorizados por pelo menos 12 horas e, permanecendo assintomáticos nesse período, podem ser encaminhados para o leito de observação, onde será complementada a estratificação de risco com teste ergométrico ambulatorial.

Os pacientes de risco intermediário e alto risco devem obrigatoriamente serem cadastrados no SUSFACIL na tentativa de encaminhamento à alguma UTI da região, na qual será tentada a transferência inter- hospitalar para realização de cineangiocoronariográfica nos casos elegíveis. Caso não haja vaga de terapia intensiva disponível, o paciente deve ser mantido em monitorizarão contínua pelas primeiras 72 horas e com prescrição medicamentosa padrão para angina instável conforme descrito abaixo. Se nestas primeiras 72 horas o paciente evoluir com estabilidade hemodinâmica e sem uso de drogas vasoativas, além de boa perfusão periférica e bom padrão respiratório em ar ambiente, encaminha-lo para leito de observação da unidade e alterar o procedimento no cadastro do SUSFACIL para cineangiocoronariográfica. Esta abordagemdeve envolver toda a equipe multiprofissional, incluindo a enfermagem e o serviço de assistência social, devendo-se anotar toda a conduta no prontuário do paciente.

4.1 Classificação de Risco na Angina

- **Instável:** Escore de TIMI (1 ponto para cada resposta positiva)

- Idade maior ou igual a 65 anos?
- Três ou mais fatores de risco para DAC (DM, HAS, Dislipidemia, Tabagismo ou histórico familiar)?
- DAC conhecida?
- Uso de AAS nos últimos 7 dias?
- Mais de um episódio de dor nas últimas 24 horas?
- Elevação de enzimas cardíacas?
- Alteração do seg. ST de pelo menos 0,5 mm?

✓ **Baixo Risco = 0 - 2 pontos:** Os pacientes de baixo risco não se beneficiam de intervenção coronariana percutânea (ICP), a não ser quando constatada isquemia miocárdica nos testes não invasivos (funcionais). O teste ergométrico é o método de escolha na avaliaçãofuncional do pacientede baixo risco, estando recomendado desde que esteja livre de isquemia em repouso ou aos mínimos esforços por, no mínimo, 12 horas;

✓ **Risco Intermediário = 3 - 4 pontos:** Os pacientes de risco intermediário podem ser submetidos a estratificação de risco não invasiva ou a estratificação de risco invasiva. O teste de estresse não invasivo (ex.: TE) é recomendado nestes pacientes desde que estejam livres de

isquemia em repouso ou aos mínimos esforços por, no mínimo, 12 horas. Uma vantagem da estratégia conservadora inicial neste subgrupo é que vários pacientes se estabilizam com o tratamento clínico, oque pode diminuir custos e evitar procedimentos invasivos desnecessários.

✓ **Alto Risco = 5 – 7 pontos:** Os pacientes de alto risco devem ser referendados para a coronariográfia e subsequente revascularização, se elegíveis. Tais pacientes devem ser considerados diretamente para a angiografia sem teste não invasivo.

4.2 Prescrição Padrão Para Angina Instável

- Repouso absoluto;
- Monitorização cardíaca continua, oximetria e cabeceira a 30 graus.
- Oxigênio por cateter nasal a 3 litros por minuto, a critério médico (ACM);
- Glicemia capilar;
- Manter 01 acesso venoso calibroso;
- SF 0,9% 500ml 1frasco para manter veia e ACM;
- AAS 100mg 3 comprimidos via oral agora (ataque);
- AAS 100mg 1comprimido via oral de 24/24 horas (manutenção);
- Clopidogrel 75mg 4 comprimidos via oral agora (ataque, dose contra indicada parapaciente >75 anos);
- Clopidogrel 75 1 comprimido via oral de 24/24 horas (manutenção);
- Sinvastatina 20 mg 2 comprimidos via oral de 24/24 horas (iniciar imediatamente);
- Clexane 1mg/Kg de peso de 12/12 horas;
- Tridil 50mcg 1frasco + SF0,9% 230ml endovenoso em BIC e ACM;
- Metoprolol 5mg 1frasco endovenoso lento em bolus e ACM;

- Metoprolol 100 mg 1 comprimido via oral de 24/24 horas;

- Morfina 1mg/ml 1ampola + agua destilada 10ml endovenoso ACM;

- Dipirona 500mg/ml 1ampola + agua destilada 10ml endovenoso ACM;

- Plasil 1 ampola + agua destilada 10ml endovenoso.

5. CRITÉRIOS PARA ALTA DOMICILIAR

- Critério 1 (obrigatório para todos os casos): estabilidade hemodinâmica, elétrica, clínica e isquêmica por, no mínimo, 48 horas.

- Na Angina Instável: após estratificação de risco e seu registro em prontuário + critério 1;

- No IAM sem Supra, aguardar transferência para CATE mantendo o paciente em internação com protocolo medicamentoso devidamente instituído.

- No IAM com Supra, aguardar transferência para CATE mantendo o paciente em internação com protocolo medicamentoso devidamente instituído.

6. ARQUIVAMENTO DA FICHA DE DOR TORÁCICA

- A ficha do paciente inserido no protocolo, onde foi identificada alteração cardiológica será entregue ao enfermeiro e em seguida anexada ao prontuário do paciente;

- O paciente que não possuir alteração cardiológica seguirá para a continuação do atendimento apenas com a parte destacável da ficha. Caso o médico identifique a necessidade de solicitar o exame de troponina, o mesmo só estará autorizado mediante a apresentação da ficha de dor torácica com o carimbo e a assinatura do profissional designado para tal.

7. INSTRUÇÃO DE TROMBÓLISE QUÍMICA POR ALTEPLASE

ALTEPLASE (Actylise): IAM COM SUPRA ST - até 06 horas de dor - 90 minutos de infusão			
Peso do Paciente	Infusão de ataque	Infusão 30min	Infusão (60min)
< 65Kg	15mg	0,75mg/kg(até 50mg)	0,5 mg/kg (até 35 mg)
>65Kg	15mg	50mg	35mg
Dose máxima 100mg			

8. FORMULARIO DE REGISTRO DE DOR TORACICA

ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE

CORPO CLÍNICO/ EQUIPE ENFERMAGEM / RECEPÇÃO

Título: Título: Formulário do Protocolo de Dor Torácica **Data:** ___/___/___

"Paciente com Dor Torácica – SEJA RÁPIDO E SALVE UM CORAÇÃO EM 5 PASSOS"

1º Passo- ACOLHIMENTO

Nome: _____ Idade: _____ Sexo: _____
Data de nascimento: ___/___/____ Data: ___/___/____ Hora: _____:_____

Local de início e identificação e demais seguimentos: Acolhimento > Recepção > Enfermeiro (dados +ECG) > Médico

Sinais Vitais: Pa: _____x_____ FC: _____bpm FR: _____irpm

2º Passo – RECEPÇÃO - REALIZAR CADASTRO NO SALUS

☐ **Cadastro do paciente no sistema realizado**

3º Passo- SALA TRIAGEM ENFERMAGEM

Local	Caracteristica	Irradiação	Associações
( ) Precordial ( ) Retroesternal ( )Mandibular ( )Ombro ( ) Epigástrio ( ) Outros	( ) Opressiva ( )Aperto ( )Pontada ( )Queimação ( )Ao respirar ( )Ao mexer Os membros ( )Outros	( ) MSE ( ) MSD ( ) Dorso ( )Pescoço ( )Mandíbula ( )Outros ( )Não se Aplica	( ) Náuseas ( )Sudorese ( )Torturas ( )Falta de ar ( ) Outros ( )Não se Aplica

Data de início da dor: ___/___/____
Hora de início da dor: _____:_____
Delta T da dor:
Fez uso de medicação para dor?
( ) sim, qual?_____ ( ) não
Tabagismo? _____
Comorbidades?

REALIZAR ECG

Hora do ECG: _____:_____h

4 º Passo – AVALIAÇÃO ECG E DADOS ACIMA PELO MÉDICO

HORA DEFINIÇÃO DE RISCO _____:_____h

☐ ECG COM SUPRA OU BRE NOVO	☐ ECG SEM SUPRA ALTO E MODERADO RISCO	☐ BAIXO RISCO
SIM ↓	SIM ↓	Não ↓
Manter na sala de urgência + Protocolo de SCA + Contato Samu	Manter na sala de urgência + Protocolo de SCA	**Paciente deve ser encaminhado para acolhimento e seguir o fluxo normalmente, acordo com a classificação.**

5º Passo - COLOCAR PULSEIRA LARANJA NO PACIENTE

_____ Enfermeiro Responsável pelo preenchimento

_____ Médico Responsável pela avaliação

Proibido Reproduzir	Referência: 001	Página 1 de 01

9. SIGLAS

- **ECG** - Eletrocardiograma
- **AAS** - Ácido Acetil Salicílico
- **BAM** - Boletim de Atendimento Médico
- **BRE** - Bloqueio de Ramo Esquerdo
- **VD** - Ventrículo Direito

10. REGISTROS

- Registro no sistema eletrônico
- Ficha de avaliação de dor torácica
- Solicitação de trombolítico

11. REFERÊNCIAS:

ACC/AHA Guidelines for the Manegement of Patients with ST-Elevation Myocardial Infarction. Circulation2004, 110(9):82.

Sgarbossa, E.B., et al. J Am Coll Cardiol 1998,31:105.

Protocolos clínicos: Síndrome Coronariana Aguda. Secretaria de Estado de Saúde deMinas Gerais, 2011. ESC/ACCF/AHA/WHF. Universal definition of myocardial infarction. Circulation. 2007;116:2634-2653.
ACC/AHA 2007. Guidelines for the management of patients with unstable angina/non- ST-Elevationmyocardial infarction. J Am Coll Cardiol. 2007;50(7):e1-1157.

ACC/AHA. Guidelines for the management of patients with ST-elevation myocardial infarction-executivesummary. Circulation. 2004;110:588-636.

Antman EM, et al. 2007 Focused Update of the ACC/AHA 2004 Guidelines for the Management

of Patientswith ST Elevation Myocardial Infarction.Circulation. 2008;117:296-329.

Ariadne da silva Fonseca... Et all . Enfermagem de emergência; organizadao pelo Instituto e Pesquisa (IEP) da Rede de Hospitais São Camilo. Rio de Janeiro: Elsevier,2011.

PTC EMG 005 - PARADA CARDÍACA EM SALA DE CÓDIGO VERMELHO OU QUALQUER OUTRA DEPENDENCIA DA UNIDADE

I. Objetivo

Define-se como parada cardiorrespiratória (PCR) a interrupção súbita e brusca da circulação sistêmica e ou da respiração. Este protocolo tem por objetivo tornar rápido e organizado o atendimento, aumentando a chance de sucesso das manobras de Ressuscitação Cardiopulmonar (RCP), reduzindo o estresse e o desgaste dos profissionais encarregados desta função. Iniciar prontamente as manobras de reanimação, antes mesmo da chegada da equipe de suporte avançado melhorando a sobrevida e evitando sequelas pós PCR.

II. Materiais

- ✓ Carrinho de urgência;
- ✓ Desfibrilador;
- ✓ Monitor;
- ✓ Ambu completo;
- ✓ Laringoscópio;
- ✓ Telefone;
- ✓ Sistema de aspiração;
- ✓ Oxigênio;
- ✓ Fluxômetro O2;
- ✓ Tábua rígida de massagem.

III. Abrangência

Setores assistenciais.

IV. Descrição dos passos da atividade

IV.I - Verificar:

- ✓ Nível de consciência
- ✓ Ausência de pulso
- ✓ Ausência de movimentos respiratórios

IV.II - Assistência ventilatória ao paciente em PCR:

 Paciente em respiração espontânea ou traqueostomizado;

= Atendimento com um socorrista

- ✓ Colocar a vítima em decúbito dorsal horizontal, em uma superfície plana e dura;
- ✓ Manter a cabeça e o tórax no mesmo plano;
- ✓ Iniciar as compressões torácicas, de no mínimo 100 a 120 compressões por minuto.
- ✓ Atendimento com um ou dois socorristas e auxílio de ambú
- ✓ Iniciar compressão/ ventilação na proporção de 30:2;
- ✓ Alternar com o colaborador a cada 2 ciclos;

☐ Paciente intubado ou traqueostomizado

= Atendimento de RCP de alta qualidade: equipe completa

- ✓ Proceder na frequência de compressão de no mínimo 100 a 120 compressões por minuto.
- ✓ As ventilações de resgate, então, poderão ser aplicadas à frequência de cerca de uma ventilação a cada 6 ou 8 segundos (cerca de 8 a 10 ventilações por minuto). Deve-se evitar ventilação excessiva.

ABORDAGEM INICIAL PELA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL

Poderá ser feita por qualquer profissional que identificar os sinais clínicos de uma PCR

1. Determinar o nível de consciência do paciente tocando e chamando o paciente em voz alta;
2. Chamar por ajuda usando o "Código azul" e solicitar carrinho de emergência e desfibrilador;
3. Realizar compressões torácicas conforme orientações acima;
4. Proceder à desobstrução de vias aéreas realizando a hiperextensão da cabeça (manobra de protusão da mandíbula);

Para proporcionar melhor organização durante a PCR o enfermeiro deverá proceder:

1. Determinar as ações de cada membro da equipe, estipulando quem será técnico de enfermagem 1 e 2;
2. Calçar luvas de procedimento;
3. Marcar hora do início da PCR;
4. Ventilar o paciente, observando movimentos respiratórios;
5. Supervisionar as ações dos membros da equipe;
6. Acompanha transporte do paciente até o local de destino;
7. Informar ao enfermeiro das UTI's o encaminhamento do paciente;
8. Registra atendimento no prontuário;
9. Após o término do atendimento, fazer os registros necessários;
10. Repor o material do carrinho após o uso;
11. Conferir o material do carrinho após o uso;
12. Lacrar o carrinho;
13. Anotar número do lacre, datar, assinar e carimbar na folha de controle do lacre.

Técnico de Enfermagem 1:

1. Após detectada a PCR;
2. Calçar luvas de procedimento;
3. Retirar travesseiros ;
4. Colocar tábua de massagem no dorso do paciente;
5. Retirar qualquer tipo de prótese dentária;
6. Ligar o ambú com o oxigênio a 10L/min
7. Auxiliar o Enfermeiro na Ventilação e Massagem Cardíaca.

Técnico de Enfermagem 2:

1. Levar carrinho de emergência e desfibrilador;
2. Calçar luvas de procedimento;

3. Certificar da monitorização do paciente;
4. Providenciar acesso venoso calibroso com dupla via e torneirinha (instalar solução fisiológica 0,9% de 500 ml)
5. Providenciar sistema de aspiração;
6. Preparar medicações solicitadas;
7. Ministrar medicações solicitadas, elevando o membro puncionado após a administração da mesma ou bolusde SF 0,9%;
8. Preparar material para intubação ;
9. Testar laringoscópio;
10. Testar cuff do TOT;
11. Inserir o fio guia no interior do TOT;
12. Entregar ao médico: Laringoscópio preparado e TOT com fio guia;
13. Aspirar sempre que necessário;
14. Fixar o TOT.

Médico:

1. Atuar de acordo com plano terapêutico;
2. Atende intercorrências de PCR
3. Solicitar materiais, equipamentos conforme necessidade;
4. Após estabilização do paciente solicitar vaga nas UTI's;
5. Acompanhar transporte do paciente até o local de destino (UTI's) .

V. Siglas e Definições

N.A

VI. Anexos

Diretrizes de Ressuscitação Cardiopulmonar (RCP) 2015:

10 pontos para lembrar!

Autor: Humberto Graner Moreira

Aqui estão os 10 pontos de destaque das novas Diretrizes de Ressuscitação Cardiopulmonar (RCP) 2010:

1. A importância da Cadeia de Sobrevivência para o Atendimento Cardiovascular de Emergência (ACE) proposto pela American Heart Association (AHA) foi reforçada nas novas diretrizes. Além da ênfase na RCP de alta qualidade, a cadeia ganhou mais um elo – Cuidados pós-parada cardiorrespiratória (PCR). O primeiro elo da cadeia continua sendo o reconhecimento imediato da situação de emergência, o que inclui PCR e o acionamento do Serviço Médicode Emergência (Figura 1). FIGURA 1. Reproduzido de American Heart Association: Destaques das Diretrizes da American Heart Association 2010 para RCP e ACE. [versão em Português].

2. As novas diretrizes encorajam RCP somente com compressões torácicas (RCPSCT) para o leigo que testemunha uma parada cardíaca súbita. RCPSCT é mais fácil de ser executada por indivíduos não treinados e pode ser facilmente instruída por telefone pelo atendente do Serviço Médico de Emergência (SME).

3. A avaliação da respiração "Ver, ouvir e sentir" foi removida do algoritmo de SBV. Estes passos demonstraram-seinconsistentes, além de consumir tempo.

4. A seqüência para atendimento recomendada para um socorrista que atua sozinho foi modificada. Agora a recomendação é que ele inicie as compressões torácicas antes da ventilação de resgate. A antiga seqüência A-B-C (vias Aéreas - Boa ventilação - Compressão Torácica) agora é C-A-B. A seqüência A-B-C permanece para o cuidado neonatal, pois quase sempre a causa de PCR nos recém-nascidos é asfixia.

5. Não houve alteração na recomendação referente à relação compressão-ventilação de 30:2 para um único socorrista de adultos, crianças e bebês (excluindo-se recém-nascidos).

6. A ênfase maior das Diretrizes 2015 é a necessidade de uma RCP de alta qualidade, o que inclui:

- ✓ Frequência de compressão mínima de 100 a 120 /minuto (em vez de "aproximadamente" 100/minuto, comoera antes);
- ✓ Profundidade de compressão mínima de 5 cm em adultos;
- ✓ Retorno total do tórax após cada compressão;

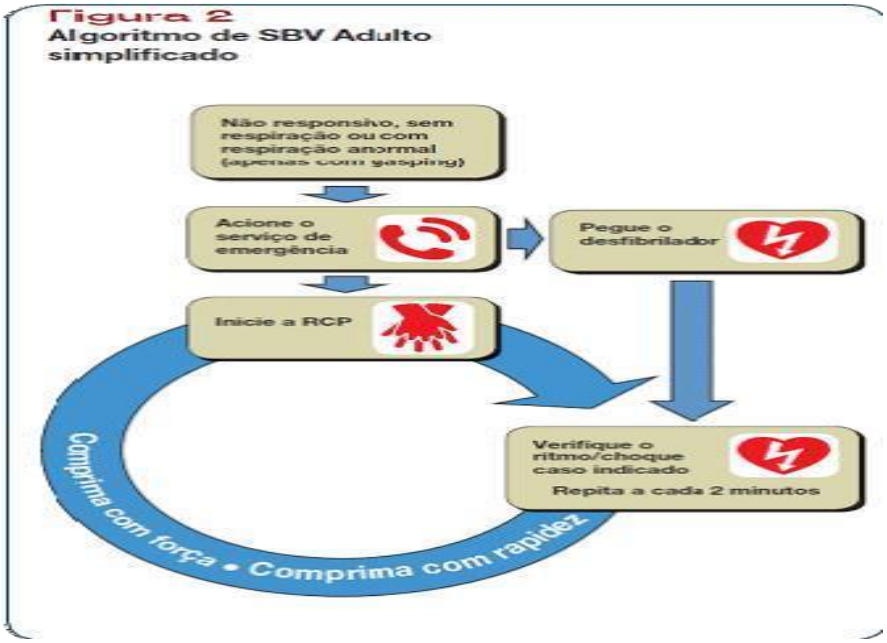
- ✓ Minimização das interrupções nas compressões torácicas;
- ✓ Evitar excesso de ventilação.

7. As novas diretrizes minimizam a importância de checar o pulso pelos profissionais de saúde treinados. A detecção do pulso pode ser difícil mesmo para provedores experientes, principalmente quando a pressão arterial está muito baixa. Quando for executada, a checagem do pulso não pode levar mais que 10 segundos.

8. As recomendações anteriores de se utilizar o Desfibrilador Externo Automático (DEA) o quanto antes, em caso de PCR extra-hospitalar presenciada, foi reforçada. Quando a PCR não for presenciada, a equipe do SME deve iniciar RCP (se já não estiver sendo realizada pelo leigo) enquanto o DEA verifica o ritmo. Nestes casos, pode-se considerar 1 a 3 minutos de RCP antes do primeiro choque de desfibrilação.

9. Foi estimulada a implementação de programas que estabeleçam DEA acessíveis em locais públicos nos quais exista uma probabilidade relativamente alta de PCR presenciada. A AHA recomenda que esses programas sejam acompanhados de planejamento, treinamento e integração com o SME para melhor eficácia.

10. Os cuidados pós-PCR incluem: otimização da função cardiopulmonar e da perfusão dos órgãos vitais após o retorno da circulação espontânea, transporte para um hospital adequado ou UTI que disponha de recursos para cuidados pós- PCR, incluindo capacidade de intervenção em casos de síndromes coronarianas agudas, controle de temperatura para melhorar prognóstico neurológico, e tratamento e prevenção da disfunção de múltiplos órgãos. Figura 2. Reproduzido



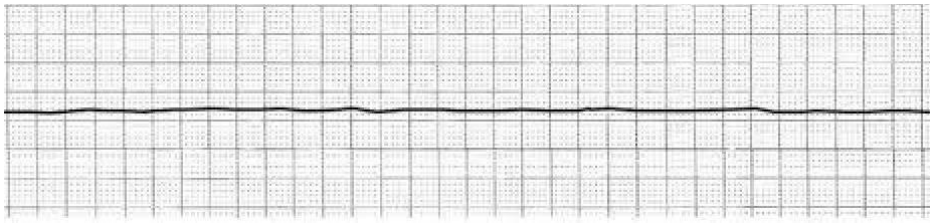
de American Heart Association: Destaques das Diretrizes da American Heart Association 2010 para RCP e ACE. [versão em Português].

1. CompressõesTorácicas: Devem ser feitas numa velocidade maior que 100 vezes por minuto. Enquanto o pacientenão estiver entubado, a relação compressões/ventilações devem ser de 30:2. É necessário deixar que o tórax seja deprimido em 4 a 5 cm e que volte completamente à sua posição de repouso após cada compressão.



2. Modalidades deparadacardíacaRitmos não-chocáveis

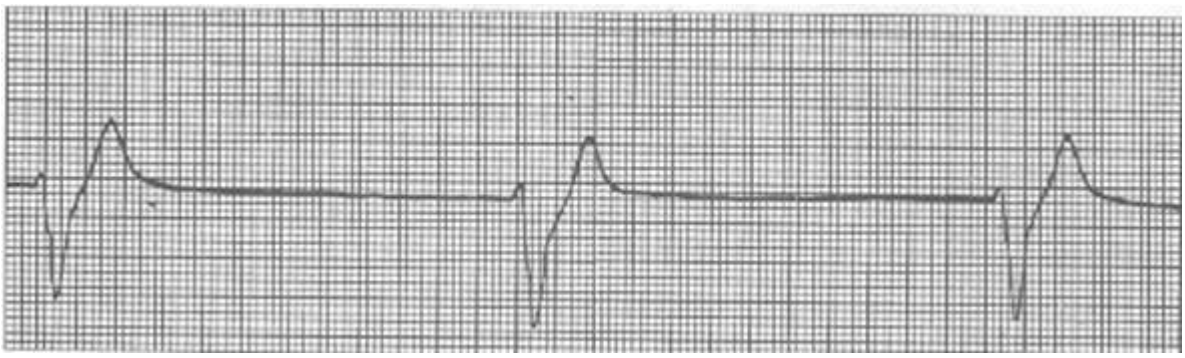
Assistolia - É a cessação de qualquer atividade elétrica ou mecânica dos ventrículos. No eletrocardiograma (ECG)caracteriza-se pela ausência de qualquer atividade elétrica ventricular observada em, pelo menos, duas derivações.



Atividade elétrica sem pulso - É caracterizada pela ausência de pulso detectável na presença de algum tipo de atividade elétrica, com exclusão de taquicardia ou FV. Ao ECG, caracteriza-se pela presença de alguma atividade elétrica organizada que não produz resposta de contração miocárdica eficiente e detectável.

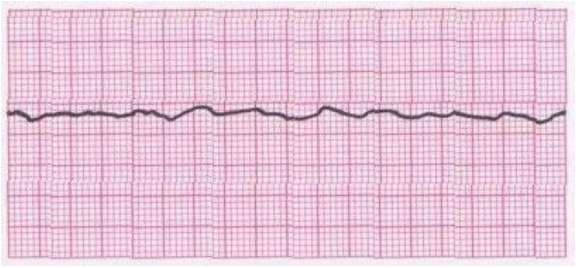


Qualquer ritmo organizado sem pulso detectável é "AESP"

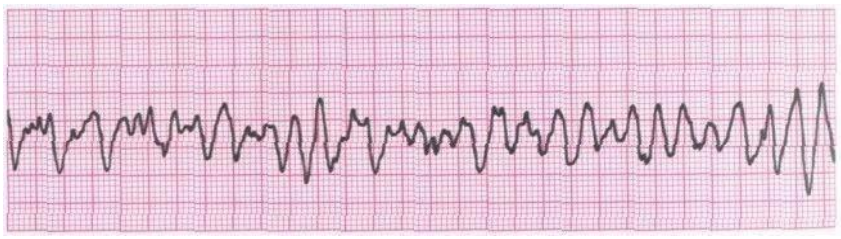


Ritmos chocáveis

Fibrilação ventricular - É a contração incoordenada do miocárdio em conseqüência da atividade caótica de diferentesgrupos de fibras miocárdicas, resultando na ineficiência total do coração em manter um rendimento de volume sangüíneo adequado. No ECG, ocorre a ausência de complexos ventriculares individualizados que são substituídos por ondas irregulares em ziguezague, com amplitude e duração variáveis.

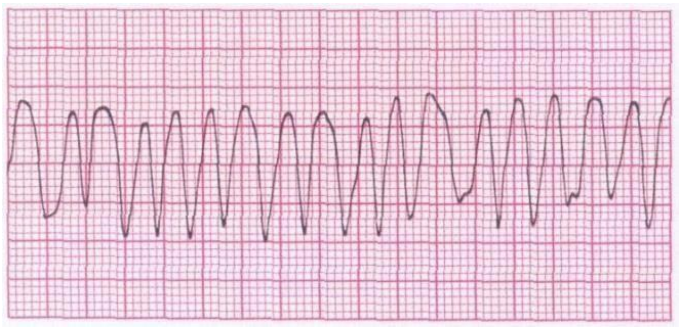


Fibrilação ventricular fina

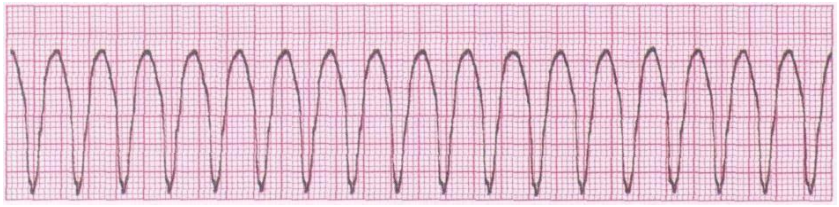


Fibrilação ventricular grosseira

Taquicardia ventricular sem pulso - É a sucessão rápida de batimentos ectópicos ventriculares que podem levar à acentuada deterioração hemodinâmica, chegando mesmo a ausência de pulso arterial palpável, quando, então, é considerada uma modalidade de parada cardíaca, devendo ser tratada com o mesmo vigor da FV. O ECG caracteriza-se pela repetição de complexos QRS alargados não precedidos de ondas P e, se estas estiverem presentes, não guardam relação com os complexos ventriculares.



Taquicardia ventricular polimórfica



Taquicardia ventricular monomórfica

3 - <u>Desfribilação:</u> Deve ser realizada imediatamente nos casos de Fibrilação e Taquicardia Ventricular sem pulso(FV/TV). A corrente usada deve ser preferencialmente bifásica, mas aceita-se a monofásica na ausência da primeira.

A quantidade de joules é de 150 a 200j para ondas bifásicas e 360j para corrente monofásica.





Após a administração do choque deve-se imediatamenter etornar as compressões torácicas e ventilações, semverificaro pulso, pormais 2 minutos.

4- Acesso Venoso e monitorização: A monitorização e obtenção do acesso devem ser feita simultaneamente à intubação. Idealmente a monitorização deve ser feita na derivação D2.

5- Administração de Fármacos: Todos os fármacos administrados na via intravenosa devem, obrigatoriamente, serem seguidos de 20 ml de bolus de soro fisiológico e ou elevação do membro por 10 a 20 segundos em casos depunçãoperiférica.

Uso de medicamentos na RCR

III. Adrenalina (classe I)

Recomendações

na RCR a dose é de 1mg EV em bolus; repetir a cada 3 min. Cada dose usada na circulação periférica deverá serseguida pela injeção de 20mL de SF para permitir que o medicamento atinja a circulação central

Doses maiores nunca mostraram claro benefício e não são indicadas rotineiramente.

IV. Antiarrítmicos

Devem ser considerados para os casos de FV/TV que não responderam aos choques

Não há, entretanto, evidência clara de melhora da sobrevida (são classificados como Classe IIb

ou indeterminada).

V. Amiodarona

300mg IV em bolus para FV/TV persistente.

Uma segunda dose IV de 150mg na FV/TV recorrente Dose máxima cumulativa de 2.2g em 24 horas Classe Iib.

VI. Lidocaína

1 mg/kg IV em bolus para FV/TV persistente . Repetir, se necessário, após 3 minutos em dose máxima de 3mg/kg. Classe indeterminada

VII. Sulfato de magnésio

1 a 2g IV na torsades de points e na hipomagnesemia Classe IIb

VIII. Bicarbonato de sódio

1 mg/kg IV é indicado nas seguintes situações:

Hiperpotassemia pré-existente (classe I)

Acidose pré-existente responsiva a bicarbonato (classe IIa) Intoxicação por antidepressivos tricíclicos (classe IIa)

6- Critérios para Internação: Após realização de RCP e estabilização dos pacientes os mesmo deverão ser encaminhados ao setor de UTI.

VII. Referências

http://www.hospitalsiriolibanes.org.br/sociedade-beneficente-senhoras/Documents/protocolos-institucionais/protocolo- pcr.pdf

http://inter.coren-sp.gov.br/sites/default/files/030_2010_atendimento_ao_paciente_em_PCR.pdf

http://www.laerdal.com/br/News/47889010/As-novas-Diretrizes-em-RCP-lancaram

http://www.heart.org/idc/groups/heart-public/@wcm/@ecc/documents/downloadable/ucm_317343.pdf

PTC EMG 006 - ABORDAGEM ÀS EMERGENCIAS PSIQUIÁTRICAS

I. INTRODUÇÃO

Os protocolos de saúde são considerados importantes instrumentos para o enfrentamento de diversos problemas tanto na assistência ao paciente, quanto na gestão dos serviços na unidade de saúde.

A utilização dos protocolos é uma das estratégias fundamentais que impacta não só no processo de planejamento, implementação e avaliação das ações, mas, também, na padronização do processo de trabalho.

Deste modo, todo profissional da instituição, precisa se adequar as medidas adotadas em sua padronização, com intuito direto ao cuidado para o paciente nas suas mais diversas atividades na instituição.

II. OBJETIVO

Os protocolos de Emergências Psiquiátricas são de presença obrigatória na instituição, objetivando identificar e determinar se o paciente necessita do encaminhamento para o especialista, definição da prioridade do encaminhamento, conduta e manejo clínico, bem como se as situações clínicas, ou mesmo achados na história e no exame físico dos pacientes, podem justificar a necessidade deste.

III. SIGLAS

APM - Agitação Psicomotora;
EP – Emergência Psiquiátrica;
EV – Endovenosa;
IM – Intramuscular;
SCA - Síndrome Confusional Aguda;
SM – Saúde Mental;
SNC - Sistema Nervoso Central;
RAS - Rede de Atenção à Saúde;
RAPS - Rede de Atenção Psicossocial;
VO – Via Oral;

IV. MATERIAIS NECESSÁRIOS

N/A

V. DEFINIÇÕES

As questões de saúde mental são condições crônicas e demandam atendimento continuado no sistema de saúde, em seus diferentes níveis de complexidade e visando a integralidade da atenção. Essas

O cuidado em saúde mental se desenvolve nos pontos de atenção da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), bem como em dispositivos intersetoriais e iniciativas desenvolvidas nos grupos familiares e comunitários. O principal motivo para a procura de atendimento psiquiátrico de emergência é a agitação psicomotora e agressividade. Observa-se que a agitação psicomotora (APM) e o comportamento agressivo são bastante ou até os mais frequentes nas emergências psiquiátricas. Portanto, necessário investigar os fatores desses sintomas, principalmente da agressividade (com risco ao indivíduo e a terceiros), uma vez que esta não está relacionada a um diagnóstico específico, ela pode estar intricada entre fatores socioambientais e genéticobiológicos.

Um atendimento caracterizado como emergência psiquiátrica exige a tomada de medidas imediatas para controlar a situação, o que pode limitar a possibilidade do diagnóstico psiquiátrico em um primeiro momento, tornando-se um processo de gestão do risco clínico que tem por objetivo estabelecer prioridades para o atendimento dos usuários de saúde mental que acessam o sistema de saúde e também definir o recurso assistencial mais adequado a cada caso.

Assim, possui entre seus objetivos a identificação dos casos mais graves, permitindo um atendimento mais rápido e seguro de acordo com o potencial de risco, agravos à saúde ou grau de sofrimento.

5.1 CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE

As seguintes condições clínicas devem ser encaminhadas à emergência psiquiátrica (válido para todos os pacientes independente do transtorno psiquiátrico), conforme:

Risco de suicídio; ou Risco de auto ou heteroagressão (quando não existir suporte sociofamiliar capaz de conter o risco); ou

Na avaliação de casos de saúde mental, os atendimentos devem ser singulares (personalizados) e, além do quadro clínico apresentado, deve-se levar em conta aspectos como o contexto familiar e vulnerabilidade social na determinação do risco/gravidade. Os usuários devem ser atendidos

em ambientes seguros e tranquilos.

Será sempre caracterizado como emergência psiquiátrica, um momento na vida da pessoa em queo sofrimento é tão intenso que acaba por gerar desestruturação, não apenas na vida psíquica e social do paciente, mas também da família e ou do grupo social mais próximo. A equipe para atender à EP deve atuar

de forma integrada e planejada, não deixando de lado a compreensão e um ouvir que acarretará aoacolhimento do paciente no momento de um sofrimento psíquico tão importante.

Nos moldes da Lei Nº 10.216, de 06 de abril de 2001, a internação em saúde mental é medida excepcional e só deve ser acionada após o esgotamento dos recursos extra-hospitalares.

5.2 DIRETRIZES

5.2.1 DIRETRIZES GERAIS PARA O USO DE CONTENÇÃO FÍSICA E/OU MECÂNICA

O uso da contenção física é considerado um procedimento interno, que deverá ser seguido conforme o protocolo de contensão da instituição.

A contenção está formalmente indicada em todos os casos em que houver intensa agitação psicomotora com risco à integridade física do paciente ou de terceiros, e nos casos em que o paciente apresenta grave comprometimento do julgamento da realidade e necessita de intervenção médica, mesmo contra sua vontade.

O paciente contido deverá ser assistido ininterruptamente por um profissional de saúde durante o período da contenção (avaliação a cada 30 minutos). Certificar-se de que a restrição de cada extremidade não prejudique a perfusão sanguínea ou cause algum tipo de lesão, sendo importante registrar dados vitais periodicamente.

A remoção das contensões deverá seguir um esquema gradativo (tórax, membros inferiores, membros superiores) até a certificação de que o paciente encontra–se sedado ou não houver mais risco de agitação grave ou violência.

5.2.2 DIRETRIZES GERAIS PARA O USO DE CONTENÇÃO QUÍMICA

O uso da contenção química deve obedecer às mesmas indicações da contenção física, a partir dasseguintes orientações:

a) A utilização da via oral deve ser utilizada sempre que houver cooperação do paciente. A via intramuscular deve ser utilizada sempre que for necessária ação farmacológica rápida em

pacientes não cooperativos. Considerar de acordo com cada caso a via endovenosa.

- Se paciente cooperativo, mas com risco de agitação, usar medicação por via oral. Escolher dentre uma das opções listadas:

- **Haloperidol (2,5 a 5mg)**
- **Diazepam (10mg)**
- **Haloperidol (2,5 a 5mg) associado a Diazepam (10mg)**
- **Risperidona (2mg)**
- **Risperidona (2mg) associado a Clonazepam (2mg)**
- **Obs: se condição médica geral presente – evitar benzodiazepínicos**

- Se paciente não cooperativo, agitado, ou com risco eminente de violência ou fuga. Usar medicação por via intramuscular (exceto Diazepam que deve ser administrado via endovenosa) .Escolher entre uma das opções listadas:

- **Se outra condição médica presente: Haloperidol (2,5mg a 5mg)**
- **Intoxicação por estimulantes: Midazolam (5 a 7,5mg) , Diazepam (5 a 10 mg)**
- **Intoxicação por álcool ou outras substâncias psicoativas: Haloperidol (2,5 a 5mg), Haloperdol (2,5 a 5mg) assoaciado a Midazolam (5 a 7,5mg)**
- **Gestantes: Haloperidol (2,5 a 5mg)**

5.3 DIAGNÓSTICO

Compete realizar as seguintes considerações:

5.3.1 RISCO DE SUICÍDIO - O exame do estado mental de alguém com comportamento suicida visa explorar com mais detalhes a ideação suicida e/ou tentativa de suicídio e definir se existem sinais e sintomas sugestivos de um transtorno mental.

No caso de depressão, bastante associada ao risco de suicídio, observa-se se a pessoa tem humor deprimido, perda do prazer nas atividades que antes eram prazerosas (anedonia), dificuldade de concentração, piora de seu próprio auto cuidado, menor disposição, o curso do seu pensamento pode estar lentificado e seu conteúdo pode ser pessimista, com sentimento de culpa ou até delirante congruente com o humor.

5.3.2 DELIRIUM - Condição neuropsiquiátrica caracterizada por estreitamento da consciência, piora da atenção, alterações cognitivas e senso perceptivas) ou estado confusional costuma ter um curso flutuante. O termo "Síndrome Confusional Aguda", como pode ser chamado o

"delirium" dá ênfase ao aspecto confuso do pensamento e do discurso da pessoa (fala incongruente, conteúdos absurdos e sem articulação lógica).

5.3.3 INTOXICAÇÃO (ÁLCOOL, CRACK, COCAÍNA) - é o uso nocivo de substâncias em quantidades acima do tolerável para o organismo. Os sinais e sintomas da intoxicação alcoólica caracterizam-se por níveis crescentes de depressão do sistema nervoso central. Inicialmente há sintomas de euforia leve, evoluindo para tontura, ataxia e incoordenação motora, passando para confusão e desorientação, e atingindo graus variáveis de anestesia, entre eles o estupor e o coma.

A intensidade da sintomatologia da intoxicação tem relação direta com a alcoolemia. Já os efeitos agudos da intoxicação pela cocaína/crack em geral são bem conhecidos. Esta sintomatologia é

conseqüência dos efeitos psicoestimulantes com repercussões fisiológicas, em especial, pela ativação do sistema adrenérgico. Entre as respostas fisiológicas estão o aumento da pressão arterial, da frequência cardíaca e respiratória, da temperatura corporal, dilatação pupilar, estado de hipervigilância e aumento da atividade motora.

- **LAVAGEM GASTRICA –**

È uma técnica que permite lavar o interior do estômago, retirando o conteúdo que ainda não foi absorvido pelo organismo. Assim, este procedimento é geralmente utilizado em casos de ingestão de substâncias tóxicas ou irritantes, para as quais não existe antídoto ou não existe outra forma de tratamento. Idealmente, a lavagem estomacal deve ser feita até 2 horas após a ingestão da substância e precisa ser feita no hospital por um enfermeiro ou outro profissional de saúde capacitado para evitar complicações como a aspiração de líquidos para o pulmão.

Indicação

Na maior parte dos casos, a lavagem estomacal é usada para limpar o estômago em caso de ingestão de doses elevadas de substâncias ou remédios que podem ser tóxicos para o organismo, como:

- **Anti-hipertensores**, como propranolol ou verapamil;

- **Antidepressivos tricíclicos**, como Amitriptilina, Clomipramina ou Nortriptilina.

No entanto, nem todos os casos de ingestão exagerada de uma substância precisam de lavagem gástrica. A melhor forma de saber se realmente esse procedimento é necessário, e o que fazer para reduzir o risco de complicações, é consultar o Centro de Informações Antiveneno, através do número 0800 284 4343.

Como é feita a lavagem estomacal

1. **Inserir um tubo gástrico através da boca** ou nariz até ao estômago;
2. **Deitar a pessoa e virá-la para o lado esquerdo**, para facilitar o esvaziamento do estômago;
3. **Conectar uma seringa de 100 mL** ao tubo;
4. **Remover o conteúdo do estômago** utilizando a seringa;
5. **Colocar 200 a 300 mL de soro fisiológico aquecido** a 38ºC no interior do estômago;
6. **Retirar novamente todo o conteúdo do estômago** e voltar a inserir 200 a 300 mL de soro;
7. **Repetir estes passos** até que o conteúdo retirado do estômago esteja transparente.

Normalmente, para obter uma correta lavagem gástrica é necessário usar até 2500 mL de soro fisiológico durante todo o procedimento. Já no caso das crianças, a quantidade necessário de soro pode variar entre 10 a 25 mL de soro por cada Kg de peso, até um máximo de 250 mL.

Após a lavagem, também é aconselhado inserir entre 50 a 100 gramas de carvão vegetal ativado no estômago, para evitar a absorção de qualquer resto de substância que ainda tenha ficado no estômago. No caso das crianças, essa quantidade deve ser apenas de 0,5 a 1 grama por Kg de peso.

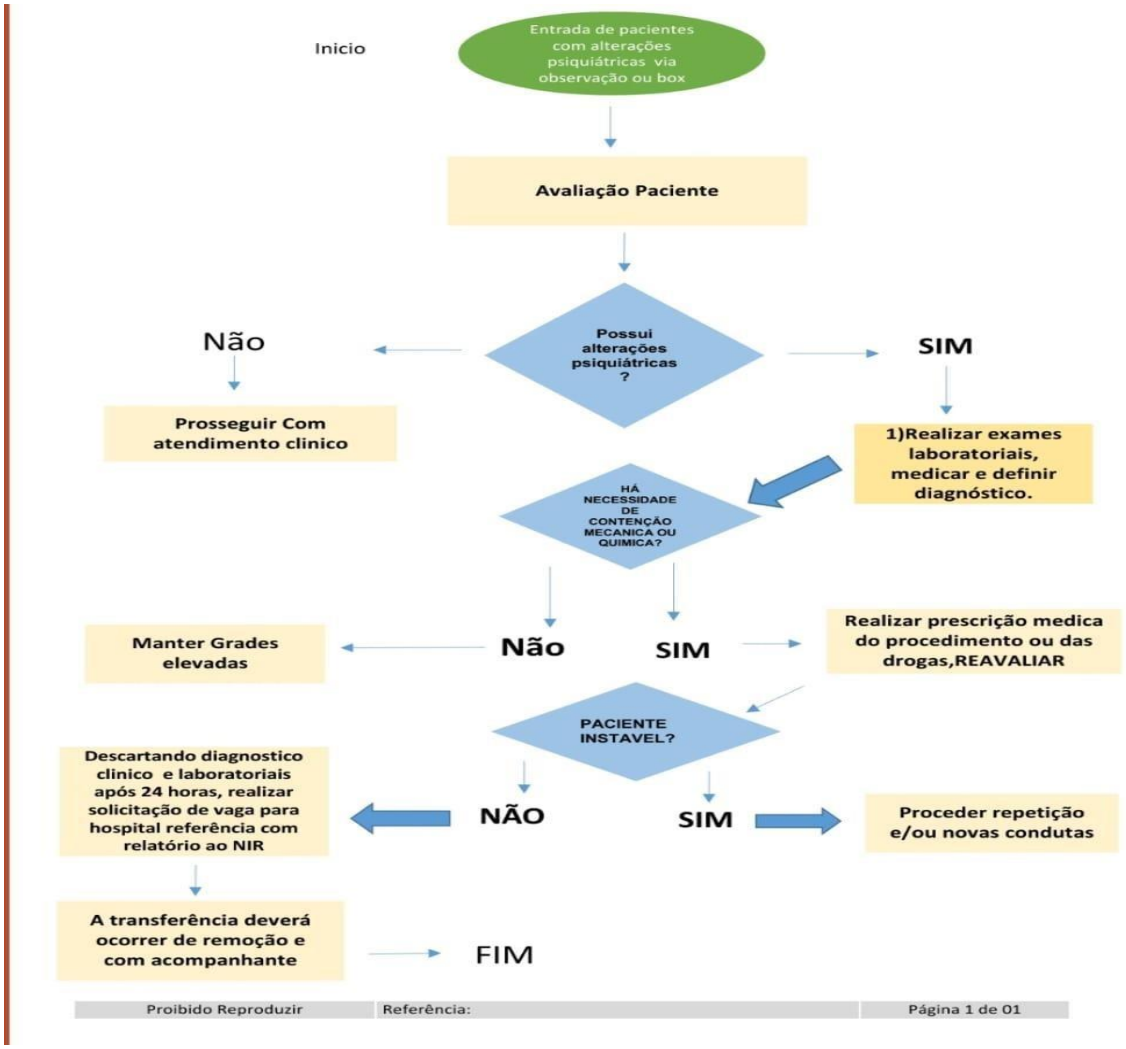
Possível complicações da lavagem – broncoaspiração**CONTRA-INDICAÇÃO:**

- Pessoa inconsciente sem intubação
- Ingestão de substâncias corrosivas
- Presença de varizes esofágicas grossas
- Volume exagerado de vômitos com sangue.

- Além disso, caso se tenha feito uma cirurgia no trato gastrointestinal, recente. Avaliar riscos.

VI. ANEXOS

FLUXOGRAMA ATENDIMENTO EMERGENCIAS PSIQUIÁTRICAS



Quadro II - Exame Psíquico

1 - Apresentação	**5 - Atenção e Concentração**
Aparência	Manutenção
Psicomotricidade	Focalização
Situação da entrevista	Desatenção seletiva
2 - Linguagem e Pensamento	**6 - Memória**
Característica da fala	Remota
Progressão da fala	Recente
Forma do pensamento	Imediata
Conteúdo do pensamento	**7 - Orientação**
Capacidade de abstração	Autopsíquica
3 - Senso-Percepção	Alopsíquica
4 - Afetividade e Humor	**8 - Consciência**
Tonalidade emocional	**9 - Capacidade intelectual**
Modulação	**10 - Juízo Crítico da Realidade**
Associação pensamento/afeto	
Equivalentes orgânicos	

Os quadros auxiliares não representam os critérios diagnósticos para os transtornos, mas expressam manifestações que sugerem a possibilidade do diagnóstico.

QUADRO 1 – Transtorno por uso de substância
Classificado como leve, moderado ou grave conforme a quantidade de sintomas presentes: • consumo da substância em quantidades maiores ou por período mais longos do que o pretendido, • desejo persistente ou esforços mal sucedidos no sentido de reduzir ou controlar o uso da substância, • muito tempo é gasto em atividades necessárias para obtenção da substância, em sua utilização ou na recuperação de seus efeitos, • fissura ou forte desejo ou necessidade de usar a substância, • uso recorrente da substância que resulta no fracasso em desempenhar papeis importantes no trabalho, na escola ou em casa, • uso continuado da substância, apesar de problemas sociais ou interpessoais persistentes ou recorrentes causados ou exacerbados por seus efeitos, • importantes atividades sociais, profissionais ou recreacionais são abandonadas ou reduzidas em virtude do uso da substância, • uso recorrente da substância em situações nas quais isso representa perigo para a integridade física, • uso da substância é mantido apesar da consciência de ter um problema físico ou psicológico persistente ou recorrente que tende a ser causado ou exacerbado pela substância, • desenvolvimento de tolerância à substância (necessidade de quantidades progressivamente maiores da substância para atingir o efeito desejado e/ou efeito acentuadamente menor com o uso continuado da mesma quantidade da substância), • abstinência à substância (presença de síndrome de abstinência à substância e/ou consumo da substância para aliviar ou evitar os sintomas de abstinência).
Leve – dois ou três sintomas
Moderado – quatro ou cinco sintomas
Grave – seis ou mais sintomas

Fonte: AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (2014)

QUADRO 2 – Sinais e sintomas presentes nos episódios depressivos
humor deprimido, tristeza
perda de interesse ou prazer em todas ou quase todas as atividades
perda ou ganho significativo de peso sem dieta ou redução ou aumento no apetite
insônia ou hipersonia
agitação ou retardo psicomotor
fadiga ou perda de energia
sentimentos de inutilidade ou culpa excessiva
capacidade diminuída de concentração ou indecisão
pensamentos recorrentes de morte, ideação suicida recorrente, plano suicida ou tentativa de suicídio
observação: sintomas devem estar presentes na maior parte do dia, quase todos os dias, por pelo menos duas semanas

Fonte: TELESSAÚDERS-UFRGS (2016)

QUADRO 3 – Sinais e sintomas presentes nos transtornos de ansiedade
ANSIEDADE SOCIAL (FOBIA SOCIAL)
Ansiedade recorrente, persistente, intensa e desproporcional em situações de exposição a possível avaliação por outros (p. ex., interações sociais, ser observado ou situações de desempenho)
Temor de agir de forma a demonstrar sinais de ansiedade que serão avaliados de forma negativa
Situações sociais são ou evitadas ou suportadas mediante intenso medo ou ansiedade
TRANSTORNO DE PÂNICO
Surtos abruptos de medo ou desconforto intenso
Presença de quatro ou mais dos seguintes sintomas durante o ataque: palpitações, sudorese, tremores, falta de ar, asfixia, dor no peito, náusea ou dor abdominal, tontura ou vertigem ou desmaio, calafrios ou ondas de calor, parestesias, desrealização ou despersonalização, medo de perder o controle ou de enlouquecer, medo de morrer
Pelo menos um dos ataques é seguido de pelo menos um mês de preocupação persistente sobre um novo ataque ou sobre as consequências do ataque ou é seguido de mudança significativa no comportamento relacionada aos ataques (especialmente evitações)
AGORAFOBIA
Medo ou ansiedade recorrente e desproporcional sobre duas ou mais das seguintes situações: uso de transporte público, permanecer em espaços abertos, permanecer em locais fechados, permanecer em fila ou em meio a multidão ou sair de casa sozinho
O medo é justificado pela ideia de que, se necessário, pode ser difícil escapar ou receber auxílio nessas situações
As situações que provocam medo são evitadas, enfrentadas com a companhia de alguém ou suportadas mediante intensa ansiedade
TRANSTORNO DE ANSIEDADE GENERALIZADA
Ansiedade e preocupação em excesso e de difícil controle que ocorre na maioria dos dias por seis ou mais meses e em diferentes atividades ou eventos
Presença de três ou mais dos seguintes sintomas associados à ansiedade/preocupação: inquietação, cansaço fácil, dificuldade de concentração, irritabilidade, tensão muscular ou alteração do sono

Fonte: TELESSAÚDERS-UFRGS (2016)

QUADRO 4 – Sinais e sintomas presentes no transtorno obsessivo-compulsivo
Obsessões: pensamentos, imagens ou impulsos intrusivos, incontroláveis e angustiantes que o indivíduo tenta suprimir com algum outro pensamento ou ação
Compulsões: comportamentos repetitivos (por exemplo: rituais de checar, contar, limpar ou organizar) ou atos mentais (p. ex., rezar, contar números ou repetir palavras em silêncio) que o indivíduo se sente forçado a realizar para prevenir ou minimizar ansiedade ou sofrimento ou evitar alguma situação temida, mesmo sem haver conexão real entre os comportamentos/atos e aquilo que eles buscam evitar

Fonte: TELESSAÚDERS-UFRGS (2016)

QUADRO 5 – Sinais e sintomas presentes no transtorno de estresse pós-traumático
Exposição a trauma (vivência pessoal, testemunho ou conhecimento de episódio concreto ou ameaça de morte, lesão grave ou violência sexual)
Sonhos, *flashbacks,* lembranças angustiantes, invasivas e involuntárias, relacionadas ao trauma
Esforços para evitar qualquer coisa (como pessoas, lugares, atividades ou lembranças) que desperte recordações, pensamentos ou sentimentos relacionados ao trauma
Irritabilidade, agressividade, autodestrutividade, hipervigilância, sobressaltos, dificuldade de concentração, perturbação do sono Alterações negativas na cognição e no humor, como incapacidade de lembrar o evento traumático, expectativas negativas a respeito de si e do mundo, estado emocional negativo (sentimentos de medo, raiva e culpa), isolamento social e anedonia
Os sintomas têm duração de pelo menos um mês

Fonte: TELESSAÚDERS-UFRGS (2016)

QUADRO 6 – Sinais e sintomas presentes nos episódios maníacos e hipomaníacos (transtorno bipolar)
humor irritável, expansivo, persistentemente elevado
aumento anormal e persistente da energia
autoestima inflada/grandiosidade
diminuição da necessidade do sono
taquilalia/pressão de fala
pensamento acelerado/fuga de ideias
distratibilidade (atenção facilmente desviada por estímulos irrelevantes)
aumento de atividades dirigidas a um objetivo ou agitação psicomotora
envolvimento excessivo em atividades com elevado potencial para consequências dolorosas (por exemplo: surto de compras, indiscrições sexuais)
Observação: os sintomas devem estar presentes na maior parte do dia, quase todos os dias, por pelo menos quatro dias (episódio hipomaníaco) ou pelo menos uma semana (episódio maníaco)

Fonte: TELESSAÚDERS-UFRGS (2016)

QUADRO 7 – Sinais e sintomas presentes nas psicoses
alucinações (especialmente auditivas, mas também olfativas, visuais ou táteis)
ideias delirantes: persecutórias, de grandeza, místicas e/ou somáticas
alterações da forma e do curso do pensamento (desagregação, perda de lógica, perda de associações, desorganização conceitual)
comportamento desorganizado, conduta bizarra
agitação psicomotora
déficit de cuidados pessoais
pobreza no conteúdo da fala
afeto hipomodulado ou embotado, ausência de prazer/emoções
diminuição da iniciativa, avolia
isolacionismo
deterioração funcional (a pessoa não consegue mais desempenhar tarefas como previamente)
início dos sintomas no final da adolescência/início da fase adulta; pródromos na infância/adolescência

Fonte: TELESSAÚDERS-UFRGS (2016)

QUADRO 8 – Sinais e sintomas que aumentam suspeição de transtorno de déficit de atenção/ hiperatividade no adulto
falta de atenção a detalhes ou erros por descuido
dificuldade de manter a atenção
não executar tarefas ou deveres ou executar de forma incompleta
mau gerenciamento do tempo e dificuldade em cumprir prazos
afastamento de tarefas que envolvem esforço mental prolongado
perda frequente de objetos necessários para suas atividades (por exemplo: livros, chaves, documentos, óculos)
distração fácil por estímulos externos ou pensamentos não relacionados
esquecimentos em relação a atividades cotidianas (por exemplo: pagar contas, cumprir compromissos agendados)
dificuldade em se manter parado e quieto
sensação de inquietude
fala em demasia
incapacidade de se envolver em atividades de lazer calmamente
comportamento como se estivesse "com o motor ligado"
dificuldade em esperar a conclusão de uma pergunta antes de fornecer uma resposta
dificuldade em esperar a sua vez (por exemplo: aguardar em uma fila)
interrupção ou intromissão frequente (por exemplo: meter-se em conversas, assumir controle sobre atividades de outros)
Observação (1): em adultos, sintomas de desatenção são em geral mais presentes do que de hiperatividade
Observação (2): sintomas devem ocorrer em mais de um ambiente (casa e trabalho, por exemplo)
Observação (3): início dos sintomas deve ter sido antes dos 12 anos de idade

Fonte: TELESSAÚDERS-UFRGS (2016)

VII. Referências Bibliográficas

Utilizou-se como base as seguintes referências:

1. BRASIL. Lei Nº 10.216, de 06 de abril de 2001: Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. 2001.

2. BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria 2.048**/GM, de 5 de novembro de 2002. [Regulamenta o atendimento das urgências e emergências]. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

3. Secretaria de Saúde do Estado do Maranhão. PROTOCOLO CLÍNICO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA EM SAÚDE MENTAL. Departamento de Atenção à Saúde Mental. 1a edição – 2017.

4. Site: www.gov.com.br – lavagem gástrica, indicações

5. Artigo universidade de São Paulo – emergências psiquiátricas Out 2010

PTC EMG 007 - ÀS VITMAS DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA E SEXUAL

I. Objetivos

Acolher, orientar, acompanhar, encaminhar de maneira humanizada à vítima e sua família. Comunicara Rede externa quando necessário e garantir a efetivação dos Direitos, contribuindo para o despertar das noções de cidadania e igualdade de direitos em nossa sociedade.
Atender à Portaria Ministerial de agravos de Notificação Compulsória nº 104 de 25 de janeiro de 2011,contribuindo para a disponibilidade de informações que subsidiem a criação de políticas públicas integradas que promovam a saúde e qualidade de vida visando a redução da mortalidade decorrente da violência.

II. Materiais

Telefone, Relatório, Computador, Impressora, Ficha de notificação do SINAN.

III. Abrangência

Recepção, Enfermagem, Médicos, SCIH, Serviço Social.

IV. Descrição dos passos da atividade

Primeiramente, faz se necessário sublinhar que é OBRIGATÓRIA a notificação compulsória do SINANem todos os casos de violência atendidos pelos profissionais de saúde. Abaixo segue a diferença entreNotificação Compulsória e a Comunicação externa:

Notificação Compulsória: Tem fins epidemiológicos e segue um processo interno dentro da Saúde Pública, servindo para a construção de perfis pelo Sistema de Informação de Agravos de Notificação SINAN, os quais serão utilizados na construção de políticas públicas mais eficazes. Ou seja, é necessário conhecer minuciosamente como ocorre, a incidência e o perfil da vítima de violência para construir intervenções específicas que atendam à demanda do fenômeno. Ao não notificar, o profissional de saúde torna-se omisso frente a uma demanda de grande magnitude em nosso país qualseja a da participação na construção de uma sociedade pautada em menor violência.

Comunicação Externa: Se constitui como denúncia, diferentemente da notificação compulsória, que segue um procedimento interno. A comunicação externa compreende a encaminhamentos externos aode saúde, como acionar a
Polícia, a Justiça, Conselho Tutelar, CRAS, CREAS, CRAM e o Ministério Público. Deste modo, é necessário o Assistente Social ter ciência da Notificação Compulsória realizada pelo profissional

de saúde para intervir na comunicação externa.

O enfermeiro da classificação ao identificar o ato de agressão, prioriza o atendimento deste paciente, exceto em casos de violencia sexual, onde o paciente deve ser encaminhado ao hospital referencia para inicio do protocolo lilas.

Ao profissional responsável pelo atendimento enfermeiro ou médico responsável cabe coletar informações e preencher a ficha de notificação / investigação individual de violência doméstica, sexual e/ou outras violências, controlada pelo SINAN, solicitando ao paciente todas as informações necessárias para o preenchimento dos campos obrigatórios; assinar a ficha e carimbar; registrar a realização da notificação no prontuário eletrônico do paciente. O profissional responsável pelo atendimento, deve acionar via parecer, sistema SALUS ou via telefone o Serviço Social da Instituição

para avaliar e acompanhar o caso. As notificações - SINAN preenchidas deverão ser encaminhadas ao setor de SCIH para efetuar o envio da notificação ao Departamento de Vigilância Epidemiológica Municipal.

Ao Serviço Social cabe analisar as múltiplas expressões da violência, para definir as estratégias de intervenção, de modo a primar pela garantia de acesso aos direitos sociais e pelo atendimento de forma integral a vítima.

No caso de mulheres adultas que estejam vivenciando situação de violência seja ela física, moral e psicológica, e que não sejam pessoas idosas, nem pessoa com deficiência, o médico responsável ou enfermeiro, o assistente social que orienta sobre seus direitos, os serviços da Rede de Proteção Social e a importância da denúncia a paciente. Durante o atendimento se a paciente desejar o registro da violência sofrida, o assistente social deverá realizar o acionamento da Polícia militar local para a vítima lavrar boletim de ocorrência, caso contrário, o assistente social não deverá realizar esse acionamento, resguardando a vontade da vítima. Após o acolhimento, assistente social entrega por escrito, endereço e telefone da rede de proteção devida (CRAS, CREAS, CRAM). Em todos os casos, o atendimento deve respeitar a autonomia da mulher e seu direito de escolha e obedecer às normativas do Ministério da Saúde. A comunicação externa sem o consentimento da paciente configura quebra de sigilo profissional, deve ser articulada com a REDE em situações de extrema vulnerabilidade e risco ou ainda para os seus filhos ou de pessoas próximas.

Casos suspeitos ou confirmados de violência seja ela agressão física, moral, psicológica e abandono contra crianças, adolescentes e também contra pessoas idosas e pessoas com deficiência devem ser notificados no SINAN e, além disso, o médico responsável ou enfermeiro aciona o serviço social para realizar comunicação OBRIGATÓRIA ao Conselho Tutelar e/ou Vara da Infância e da Juventude e/ou Ministério Público no caso de crianças e adolescentes (artigo 13 da Lei 8.069/1990), ao CREAS, Ministério Público e/ ou Conselho do Idoso no caso de pessoas

idosas (Lei nº 10.741 de 01/10/2003) eao Ministério Público, CRREAS e Conselho dos Direitos da Pessoa com Deficiência, nos casos de pessoa com deficiência (Lei nº 13.146 de 06/07/2015). Implicam em infrações administrativas caso não seja comunicada à autoridadecompetente. Nestes casos a Polícia Militar também é acionada para lavrar boletim de ocorrência. Na ausência do assistente social, o responsável pelo setor aciona os órgãos cabíveis.

Em casos de violência ou suspeita física, moral, psicológica contra negros, indígenas, pela orientaçãosexual, ou pela identidade de gênero, intolerância religiosa, dentre outros, o serviço social deve ser acionado pelo médico responsável ou enfermeiro para prestar orientações sobre direitos do cidadão esobre a REDE de Proteção, a fim de subsidiar decisões e garantir direitos. No caso de abandono, quando evidenciada situação de vulnerabilidade social, o assistente social aciona a REDE socioassistencial.

Ressalta-se que somente há previsão legal para comunicação externa a outros órgãos nos casos de violência contra os públicos já citados, a saber: crianças e adolescentes, pessoas idosas e pessoas com deficiência.

Em casos de violência, suspeita e conflitos evidenciados nas dependências do hospital entre pacientes,acompanhantes e visitantes, o enfermeiro responsável pelo setor aciona serviço social para mediar, orientar e acompanhar. Nos casos de violência constatada a Polícia militar será acionada.

O paciente admitido devido a tentativa de autoextermínio está mencionado no PRS SSO 004. As fichas de notificações estão disponíveis no site do SINAN.

http://portalsinan.saude.gov.br/doencas-e-agravos

V. Siglas e Definições.

CREAS: Centro de Referencia Especializado de Assistência Social

SINAN: Sistema de Informação de agravos de notificação

CRAS: Centro de Referência de Assistência Social

CRAM: Centro de Referencia de Atenção a Mulher em Situação de Violência.

VI. Anexos

Ficha disponível em:

http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2015/julho/02/Ficha-Viol-5.1-

Final_15.06.15.pdf

VII. Referências

NA.

PTC EMG 008 - INSUFICIENCIA CIRCULATÓRIA AGUDA (CHOQUE DE QUALQUER NATUREZA)

CONCEITO

A síndrome de choque pode ser conceituada como um distúrbio na oferta e ou utilização de oxigênio pelas células decorrente de um transtorno na hemodinâmica.

CLASSIFICAÇÃO

De acordo com o evento fisiopatológico de base podemos classificar o choque em:

- **Choque hipovolêmico:** Se deve à perda ou seqüestro de fluidos.
- **Choque distributivo:** De acordo com o mecanismo de mal distribuição da volemia e fluxo sanguíneo pode ser sub-dividido em:

- Séptico
- Anafilático
- Neurogênico

- **Choque cardíaco**

De acordo com o mecanismo de falência cardíaca (primária ou secundária) é subdivido em:

- Cardiogênico
- Obstrutivo

DIAGNÓSTICO

História: A história de uma doença capaz de cursar com estado de baixa perfusão deve sempre levar ao médico a considerar o paciente como portador de hipoperfusão até prova em contrário. Isto se deve às dificuldades às vezes encontradas para se inferir com certeza se a perfusão tissular está ou não adequada. Não existe nenhum parâmetro, clínico ou laboratorial, que possa ser considerado infalível neste propósito.

Diagnóstico de hipoperfusão

A perfusão deve ser analisada em parâmetros globais e regionais, tendo em vista a possibilidade de pacientes poderem apresentar parâmetros globais satisfatórios, porém com déficits regionais importantes.

Perfusão global

Pressão arterial: Um nível de pressão arterial capaz de perfundir adequadamente o paciente é uma condição necessária, porém não é suficiente para se garantir que esta condição foi conseguida. A maioria dos pacientes com pressão arterial média inferior a 60 mmHg está com perfusão inadequada. Uma minoria de pacientes, especialmente indivíduos de baixa estatura e peso ou em uso de vasodilatadores,pode estar bem hemodinamicamente com pressões médias entre 50 a 60 mmHg. O nível de pressão arterial média satisfatório não é uniforme para todos os indivíduos, variando na literatura de 60 a 75 mmHg. Genericamente, podemos dizer que um estado de hipoperfusão é altamente provável se a pressão arterial média for inferior a 60mmHg ou houver uma queda de mais de 40mmHg na pressão sistólica.

Sinais cutâneos

A cor e temperatura cutânea são muito úteis para uma avaliação rápida dos quadros hipodinâmicos. Assim a hipotermia e cianose de extremidades denotam, quando ocasionados por choque, situação grave. Devemos lembrar que estes dados são inespecíficos, podendo ocorrer por fatores locais mediados por alteração microcirculatória ou hipertonia simpática. Não devemos esquecer que nos estados hiperdinâmicos existe um fluxo sangüíneo aumentado para a pele.

Enchimento capilar

O tempo de enchimento capilar está retardado nos quadros hipodinâmicos (maior que 5 segundos).

Diurese

A manutenção de um fluxo urinário maior que 0,5ml/Kg/Hora é obrigatório para se inferior que exista perfusão

renal adequada. O comprometimento da função renal não se faz somente por hipoperfusão e a oligúria pode não se manifestar de imediato, especialmente no choque séptico.

Alteração do sensório

A maioria dos pacientes chocados se apresentam ansiosos, porém com sensório preservado; porém os pacientes idosos podem ter como primeira manifestação de septicemia a alteração sensorial, variando de desorientação ao coma.

Perfusão regional

É muito difícil de se avaliar clinicamente, em tempo hábil, sobre os déficits regionais de perfusão.

A disfunção orgânica decorre de vários mecanismos, não somente isquêmico, e é uma manifestação tardia do estado de choque. O diagnóstico dos distúrbios regionais deverão ser feitos através da monitorização.

MONITORIZAÇÃO

Pressão arterial

A pressão arterial pode se aferida por métodos invasivos ou não. Deve-se optar pela medida intra-arterial nas seguintescircunstâncias:

- Comorbidades importantes
- Provável evolução prolongada
- Uso de altas doses de drogas vasoativas
- Necessidade de gasometrias arteriais freqüentes

A opção por não invasiva se restringe a pacientes com quadro menos graves e de resolução rápida. Nesta eventualidadeo ideal é dispor de métodos automáticos de medida, por permitirem medidas freqüentes e de maior acurácia. Apesar da melhora da precisão dos métodos não invasivos ainda existe discordância considerável nas condições em que existe alteração significativa do tônus microcirculatório.

Pressão venosa central

Deve ser aferida no eixo flebostático zero. Este eixo é definido pele intersecção de um plano que passe pele linha axila média e outro, perpendicular a este, traçado a nível do quarto espaço intercostal anterior.

A pressão venosa central tem valor muito limitado na previsão do estado volêmico por depender de várias variáveis que podem estar alteradas no paciente crítico. Não pode ser usada como dado isolado, e devemos valorizar o seu comportamento diante de um teste de infusão salina para melhor interpretar o quadro volêmico.

Cateter de artéria pulmonar

A cateterização da artéria pulmonar deverá ser realizada nas seguintes circunstâncias:

- Choque cardiogênico
- Infarto de ventrículo direito
- Falta de resposta à abordagem instituída
- Choque de causa indefinida

- Presença da síndrome de desconforto respiratório do adulto

Saturação venosa: A saturação venosa central (sangue atrial ou de cava) e a saturação venosa mista são úteis para se avaliar a perfusão. O objetivo é obter uma saturação venosa central maior que 70% ou uma mista maior que 65%.

Tonometria gástrica
Dos métodos de monitorização regional destaca-se a tonometria gástrica. Atualmente dispõe-se de tonômetro gasoso de reposta mais rápida. Há uma tendência de se utilizar o delta do PCO2 (diferença entre a PgCO2 e a PaCO2). A validade da tonometria como fator prognóstico parece inquestionável, porém a ressuscitação utilizando a PgCO2 como end-point ainda não foi inequivocamente provada.

IX. EXAMES LABORATORIAIS

Rotina: Eletrólitos, hemograma, uréia, creatinina, glicemia, bilirrubinas, aminotransferases, amilase, gasometria arterial, lactato
Exames especiais de acordo com a síndrome.

Choque hipovolêmico
- Endoscopia digestiva: Presença ou suspeita de hemorragia digestiva alta
- Colonoscopia: Presença ou suspeita de hemorragia disgestiva baixa
- Tomografia abdominal: suspeita de hemorragia intraperitonial, retroperitonial ou de parede abdominal.

Choque séptico
- Hemocultura: duas a três amostras
- Radiograma de tórax
- EAS e urocultura
- Cultura de especímens de focos prováveis de acordo com a clínica.
- Outros: De acordo com a suspeição clínica

Choque cardiogênico
Enzimas: CKMB, Mioglobina, Troponina
Ecocardiograma
Cateterismo cardíaco

Outros

X. TRATAMENTO

Controle do fator patogênico

A abordagem terapêutica direta ao fator patogênico, se ainda presente, é de extrema prioridade, sendo algumas vezes aúnica medida a ser tomada.

Didaticamente podemos exemplificar:

Drenagem torácica: Pneumotórax hipertensivo e ou bilateral

Sondagem nasogástrica: Distensão gástrica aguda

Hemostasia endoscópica: Hemoragias digestivas

Hemostasia cirúrgica: Lesão vascular, lesão víscera macicça

Drenagem de foco séptico: Abscesso hepático, esplênico.

Ressecção víscera infectada: Colecistectomia, histerectomia

Debridamento cirúrgico: Mionecrose Clostídia, Síndrome de Fournier

Restauração da perfusão

É a medida inespecífica de maior impacto na redução da mortalidade no choque.

Na maioria das vezes a intenção é aumentar a perfusão global débito , tendo em vista que não existem ainda medidas efetivas para interferir diretamente na perfusão regional. A otimização do débito cardíaco deve ser realizada com a correção do fator fisiopatológico responsável pelo distúrbio.

O débito cardíaco depende de quatro elementos que passaremos a discutir:

Pré-carga

A restauração da volemia é a primeira medida a ser tomada em todos os quadros de choque, exceto se houver congestão pulmonar no início do quadro. Esta afirmação se baseia no fato de que quase sempre é possível se aumentar o débito cardíaco com o aumento da pré-carga, sendo o aumento do conteúdo líquido extravascular pulmonar o fator limitante desta intervenção. A infusão de fluidos, cristalóides ou colóides, deve ser feita em aliquotas e observar a cada infusão a resposta orgânica. Se objetiva a normalização dos parâmetros de perfusão (Pressão arterial, diurese, freqüência cardíaca, estado mental, lactato, base excess, temperatura e cor da pele). A reposição volêmica agressiva deve ser suspensa com a restauração perfusional ou o surgimento de sinais de congestão pulmonar (Estertores, infiltrado pulmonar, dessaturação arterial). Se o paciente estiver com o cateter de Swan-Ganz, como norma geral devemos proceder com a reposição até a estabilidade hemodinâmica ou até se atingir uma pressão encunhada entre 18 e

20mmHg no choque cardiogênico e entre 12 e 15mmHg nas condições em que existe alteração microcirculatória pulmonar. Estes valores limites, com o intuito de prevenir o extravasamento interstício-alveolar, são relativos; devendo- se analisar cada caso individualmente. Pacientes com severa lesão pulmonar podem aumentar o extravasamento em níveis bem inferiores e, ao contrário, cardiopatas crônicos podem exigir pressões muito maiores para atingir o melhor desempenho, sem agravamento do quadro de congestão pulmonar.

Pós-carga

A manipulação da pós-carga pode ser muito benéfica em determinadas situações. Devemos ter em mente que a pós- carga influencia diretamente a fração de ejeção. Após a otimização da pré-carga, se mantido o quadro de hipoperfusão, em especial no choque cardiogênico, a redução da pós-carga pode significar um ganho significativo para o paciente. Isto pode ser conseguido com a utilização do nitroprussiato de sódio e ou do balão intra-aórtico.

Nos quadros vasoplégicos; tais como choque séptico, insuficiência adrenal, politraumatismo ou choque prolongado; após correção da volemia, se a pressão arterial média permanecer abaixo de níveis críticos que permitam a adequada distribuição da perfusão entre os órgãos está indicado o uso de vasopressor; sendo de nossa rotina a utilização da noradrenalina.

Contratilidade

A contratilidade, por depender tanto da pré-carga quanto da pós-carga,é o parâmetro fisiológico hemodinâmico de maior dificuldade de avaliação. Não obstante, após a otimização da pré e pós carga, em se mantendo o déficit perfusional devemos iniciar com as drogas inotrópicas. Na escolha entre as drogas simpaticomiméticas a pressão arterial é o principal elemento decisório. Se a pressão arterial média estiver maior que 60mmHg a preferência é para a dobutamina, se inferior inicia-se com a dopamina em dose superior a 10□g/Kg/min. Após estabilizado o quadro devemos iniciar a dobutamina em baixa dose e aumentar progressivamente caso não haja queda da pressão arterial a níveis inadequados, tentando reduzir paulatinamente a dopamina.

A meta do suporte inotrópico é manter o índice cardíaco em faixa fisiológica, com normalização do lactato e do déficit de base.

Freqüência cardíaca

A sincronia átrio-ventricular é extremante importante, especialmente nos pacientes com complacência cardíaca comprometida. Se existe dissociação átrio-ventricular de início súbito deve-se tentar a reversão do quadro, farmacologicamente ou por cardioversão.

As freqüências cardíacas muito baixas (abaixo de 50 bpm) ou muito levadas (acima de 150 bpm)

também podem comprometer o desempenho cardíaco e devem ser controladas com as medidas adequadas.

Prevenção ou bloqueio de eventos secundários
Com uma mortalidade significativa decorrente de falência multi-orgânica muito se pesquisa no bloqueio das várias vias responsáveis por dano secundário.

Não obstante somente podemos utilizar, tendo algum suporte de evidência, as seguintes estratégias:

Corticosteróide
A utilização de 300mg/dia de hidrocortizona (100mg endovenoso de 8/8 horas) nos quadros de vasoplegia parece reduzir a duração e intensidade da redução de resistência periférica.

Proteina C ativada
A utilização da proteína C ativada (drotrecogin alfa) no choque séptico apresentou resultados animadores na redução da mortalidade.

XI. ABORDAGEM EM SITUAÇÕES ESPECÍFICAS

Choque cardiogênico
Corticosteróide
Reperfusão: Pacientes em choque cardiogênico por isquemia miocárdica devem ser submetidos a reperfusão através de angioplastia ou de revascularização miocárdica (caso idade inferior a 75 anos), dependendo da anatomia.

Correção de complicações mecânicas: Em todo paciente em choque cardiogênico deve-se pesquisar com ecocardiograma a possibilidade de disfunção valvar (Insuficiância mitral), CIV e ruptura de parede livre; caso presente implica em imediata abordagem cirúrgica.
Balão intra-aórtico: O Balão intra-aórtico serve de suporte temporário para as outras medidas, devendo não houver contraindicação, ser utilizado de rotina.

Medidas contraindicadas no choque cardiogênico por IAM: Uso be Nitroglicerina, IECA e Beta-bloqueador.
Anticoagulação com heparina e antiagregantes plaquetários (Especialmente nos casos de angioplastia)

Choque séptico

Controle do foco infeccioso: Caso exista foco de tratamento cirúrgico, isto constitui uma prioridade. Devemos pesquisa a presença de coleções localizadas e realizar a drenagem via percutânea (se exeqüível) ou a céu aberto.

Hidrocortisona: 300mg/dia por 7 dias.
Proteina C ativada: Utilizada na fase inicial por 96 horas.

Choque hipovolêmico

Hemostasia: A hemostasia por métodos endoscópicos, hemodinâmicos ou cirúrgicos constitui prioridade navigência de sangramento ativo.

Controle dos distúrbios de coagulação no choque hemorrágico.

XII. BIBLIOGRAFIA

NA.

PTC EMG 009 - PREVENÇÃO DE TROMBOEMBOLISMO NA UNIDADE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

1. Introdução

A Trombose Venosa Profunda (TVP) resulta da formação de trombos em veias profundas, principalmente em membros inferiores, mas pode acometer veia cava, veia jugular interna e membro superior. A complicação imediata mais grave é o TEP(Tromboembolismo Pulmonar), que ocorre após migração de um êmbolo e obstrução da artéria pulmonar ou seus ramos, com consequentes eventos cardiorrespiratórios.

Existem situações clínicas com maior risco para TVP como: idade avançada, imobilização prolongada, grandes cirurgias, obesidade, trombofilias, uso de hormônios, gestação, TVP prévias, doenças venosas associadas, doenças cardiopulmonares, presença de cateter central e neoplasias.

Dessa forma, o estabelecimento de um protocolo clínico para prevenção de fenômenos tromboembólicos em pacientes internados é de extrema importância para reduzir a morbimortalidade associada ao TEV. O protocolo de profilaxia de TEV configura-se como um protocolo onde todos os pacientes precisam ser avaliados na admissão e constantemente reavaliados.

2. Objetivos

Adequar as recomendações para diagnóstico e tratamento da Trombose Venosa Profunda (TVP).

Disponibilizar um protocolo elaborado de acordo com estudos para a profilaxia de tromboembolismo venoso (TVP) nos pacientes que necessitem de hospitalização.

Discriminar dentre os pacientes internados, aqueles que devem receber profilaxia para tromboembolismo venoso (TEV) além de descrever as medidas específicas para esta profilaxia.

Realizar a estratificação do risco de TEV, usando as escalas de estratificação do risco para pacientes clínicos, o Escore de Pádua como forma de avaliação e a escala de estratificação do risco para pacientes cirurgicos, o Escore de Caprini.

· Este escore avalia os fatores de risco descritos nas Tabela 1 e 2.

· Cada fator pontuado é somado para gerar um risco cumulativo.

· A pontuação final define o nível de risco de TEV do paciente,

- Escore de Pádua: ≥ 4 alto risco e escore < 4 baixo risco.
- Escore de Caprini. Risco muito baixo (0 a 1 pontos); Risco baixo (2 pontos): Risco Moderado (3 a4 pontos) ; Risco Alto (≥ 5 pontos).

Aplicar o protocolo de tromboembolismo venoso (TEV) a todos os pacientes clínicos e cirúrgicos ≥ 18 anos comsolicitação de AIH (aguardando transferência).

3. Definições

- AVC - acidente vascular cerebral
- HNF - heparina não fracionada
- IAM - infarto agudo do miocárdio
- IMC - índice de massa corpórea
- PRT – Protocolo
- SC - subcutâneo (via)
- TEP - tromboembolismo pulmonar
- TEV - tromboembolismo venoso
- TVP - trombose venosa profunda

4. Procedimento / Descrição da rotina

O protocolo de tromboembolismo venoso (TEV) está indicado a todos os pacientes clínicos e cirúrgicos ≥ 18 anos com solicitação de AIH (aguardando transferência).

4.1 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

XIII. O protocolo deve ser aplicado a todos os pacientes que apresentem solicitação de AIH. Todos os pacientes ≥ 18 anos que com solicitação de internação para tratamento clínico ou cirúrgico deverão ser avaliados pelo médico plantonista no momento da definição de internação, o risco deverá ser estratificados e a profilaxia incluída na prescrição.

4.2 ATRIBUIÇÕES, COMPETÊNCIAS, RESPONSABILIDADES

Médicos clínicos plantonistas: Realizar a avaliação de risco de TEV, como parte de sua evolução médica assistencial admissional. Preencher o formulário com score de paduá , estratificar o risco de TEV e realizar prescrição.

XIV. **Médicos horizontais: Realizar as avaliações diárias, avaliar a estratificação de risco do paciente para TEV e realizar prescrição ou suspensão de tratamento.**

4.3 ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO

O risco de desenvolver TEV depende da presença de fatores de riscos individuais e do contexto clínico da interna-ção.

A estratificação do risco deve ser feita nos pacientes clínicos por meio do Escore de Pádua e nos cirúrgicos pelo Escore de Caprini. Estes são escores cumulativos em que TODOS os critérios presentes no paciente devem ser marcados. O risco é definido pela somatória de pontos atribuída a cada uma das respostas positivas.

Tabela 1. Escore de padua

TEV em Pacientes Clínicos
Escore de Predição de Padua

Características dos pacientes	Escore
Câncer em atividade (ativo ou término do tratamento < 6 meses)	3
História prévia de TEV (excluindo TV superficial)	3
Mobilidade reduzida	3
Trombofilia conhecida	3
Trauma ou cirurgia recente (último mês)	2
Idade avançada (≥70 anos)	1
Insuficiência cardíaca e/ou respiratória	1
Infecções e/ou doenças reumatológicas	1
Infarto agudo do miocárdio ou acidente vascular cerebral	1
Obesidade (IMC ≥ 30)	1
Terapia hormonal atual	1

Risco alto
≥ 4

Barbar S *et al. J Thromb Haemost* 2010;8:2450

ESCORE CAPRINI - Avaliação de Risco para TEV			
1 ponto	**2 pontos**	**3 pontos**	**5 pontos**
☐ Idade 41-60 anos	☐ Idade 61-74 anos	☐ Idade >= 75 anos	☐ AVE (< 1 mês)
☐ Pequenas Cirurgias (< 45 minutos)	☐ Cirurgia aberta/laparoscópica (>= 45 min)	☐ História de TEV	
☐ Edema de MMII ou Veias Varicosas	☐ Neoplasia Maligna	☐ Trombocitopenia heparina-induzida	
☐ Gravidez ou puerpério	☐ Paciente acamado (>=72 h)	☐ Trombofilias congênitas ou adquiridas	
☐ História de aborto espontâneo recorrente	☐ Acesso Venoso Central		
☐ Contaceptivo oral ou Terapia Hormonal			
☐ Sepse, Pneumonia,IAM ou ICC (<1 mês)			
☐ Doença pulmonar grave ou função pulmonar alterada			
☐ História de doença inflamatória intestinal			
Total pontos: 0			
Risco			
☑ Muito baixo (0-1 ponto)	☐ Baixo (2 pontos)	☐ Moderado (3-4 pontos)	☐ Alto (>= 5 pontos)

Esses escore levam em consideração os principais fatores de risco para o desenvolvimento da doença, sem utilizar de exames complementares. Para cada aspecto do escore é atribuído uma pontuação específica. O somatório final nos garante, de maneira aproximada, a classificação do paciente e probabilidade clínica de ter TVP.

4.4 AVALIAR CONTRAINDICAÇÃO A PROFILAXIA FARMACOLÓGICA

ABSOLUTAS:

· Sangramento ativo;

· Úlcera péptica ativa;

· Sangramento recente no sistema nervoso central (acidente vascular cerebral hemorrágico) Plaquetopenia (me-nor que 50.000 plaquetas/mm3);

· PTTa> 40s (esta contra-indicação não se aplica aos pacientes com doença hepática ou síndrome do anticorpo antifosfolípide);

· Plaquetopenia induzida por heparina nos últimos 100 dias;

· Hipersensibilidade ao anticoagulante;

RELATIVAS:

· Insuficiência renal – Depuração de creatinina <30 ml/min. (em pacientes com Insuficiência

renal a prefe-rência é de heparina não-fracionada);

· Doença hematológica;

· Cirurgia craniana, espinhal ou ocular< 2 semanas;

· Punção lombar há menos de 24 horas (Paciente em uso de heparina de baixo peso molecular em dose profi-lática deve aguardar, no mínimo, 12 horas para realização de procedimentos de analgesia e anestesia neuroa-

xial. Manter dose a cada 24h respeitando 2h de intervalo da retirada do cateter ou realização de punção);

· Pacientes em cuidado terminal.

Quando o paciente tiver uma contraindicação relativa, a profilaxia deve ser individualizada. Pesar risco/ benefício. Se for indicada profilaxia, utilizar profilaxia mecânica.

Avaliar contraindicação à profilaxia mecânica

· Deformidade grave de membros inferiores;

· Doença arterial periférica grave;

· Neuropatia periférica grave;

· Enxerto recente de pele;

5. Tratamento

5.1 INDICAÇÃO DE PROFILAXIA FARMACOLÓGICA:

Classificado cada paciente de acordo com seu escore de risco a prescrição médica deve ser feita baseado nestas recomendações. Ressalta-se que para pacientes clínicos a estratificação é feita apenas entre alto risco e baixo ris-co. Já para os casos cirúrgicos existe a população de risco intermediário. No entanto no que se refere ao tipo e dose de medicamentos não existem diferenças.

BAIXO RISCO DE TEV:

· Não se recomenda o uso de profilaxia farmacológica.

· Estimular deambulação precoce

RISCO MODERADO DE TEV - PROFILAXIA FARMACOLÓGICA

· Heparina sódica 5000 UI SC 12/12 horas por dia + deambulação precoce Iniciar profilaxia 12 horas antes do procedimento cirúrgico.

Manter sua aplicação durante todo o período de internação hospitalar.

RISCO ALTO DE TEV - PROFILAXIA FARMACOLÓGICA

· Heparina sódica (5000UI – SC – 8/8 horas)

Iniciar profilaxia 12 horas antes do procedimento cirúrgico

Manter sua aplicação durante todo o período de internação hospitalar.

Ajuste de doses de antitrombóticos para situações especiais:

Medicamento	Heparina não fracionada	Enoxaparina
IMC>40	5,000 UI SC 8/8h	40 mg SC 12/12 h
IMC<18,5	5,000 UI 12/12h se peso<50Kg	20 mg SC 24/24h se peso <45 Kg
Insuficiência renal (Clr< 30)*	5,000 UI SC a cada 8-12h de acordo com fatores de risco	20 mg SC 24/24h ₸

A Enoxaparina apresenta eliminação primariamente por via renal. O seu uso em pacientes em diálise e com insuficiência renal grave relacionou-se a complicações graves como sangramento. É recomendado o uso de Heparina Não fracionada para pacientes portadores de Insuficiência renal dialítica.

A utilização da Enoxaparina será realizado apenas para tratamento de trombose confirmada, ou histórico clínico de TEV/TEP/ TVP. A profilaxia farmacológica ocorrerá com heparina 5000 UI SC.

5.2 CONSIDERAÇÕES FINAIS:

A validação da prescrição médica está baseada na avaliação da anamnese médica e pelo Escore de pádua.

As prescrições médicas são previamente avaliadas pelo farmacêutico, e registrada em evolução multidisciplinar, ele verifica a graduação de risco e profilaxia proposta, se, em conformidade com o protocolo estabelecido neste documento.

Em caso de divergência ao protocolo clínico de profilaxia de TEV, o farmacêutico entra em contato com o médico prescritor para discussão. Toda intervenção e desfecho da mesma, deverá ser registrada no prontuário do paciente.

Os pacientes deverão ser reavaliados diariamente quanto ao risco de TEV, contraindicações à profilaxia medicamentosa/mecânica, parâmetros laboratoriais e quadro clínico.

Aanexo I

<table>
<tr><td colspan="3">Título: Avaliação de risco para Tromboembolismo Venoso (TEV)</td></tr>
<tr><td colspan="3">Identificação</td></tr>
<tr><td colspan="3">Nome do paciente:</td></tr>
<tr><td>Data nascimento:</td><td colspan="2">Nome da mãe:</td></tr>
<tr><td colspan="3">Escore de pádua: ( ) Não se aplica quando o paciente for cirúrgico</td></tr>
<tr><td>1,0 ponto</td><td>2,0 pontos</td><td>3,0 pontos</td></tr>
<tr><td>☐ Idade avançada maior que 70 anos
☐ Insuficiência cardíaca ou respiratória Acesso venoso central
☐ Infecção e/ou doença reumatológica
☐ Obesidade IMC >30 pts
☐ IAM ou AVC
☐ Terapia hormonal atual</td><td>☐ Trauma ou cirurgia recente</td><td>☐ História de TEV ou EAP
☐ Diagnóstico de trombofilia
☐ Mobilidade reduzida
☐ Cancer em atividade</td></tr>
</table>

Total de pontos de clínica básica:	( ) Risco baixo 0-3 pontos:	( ) Risco alto: maior ou igual a 4 pontos	
Escore de caprini			
1,0 ponto	2,0 pontos	3,0 pontos	5.0 pontos
☐ Idade 41-60 anos ☐ Pequenas cirurgias ☐ Edema de MMII ou Veias Varicosas ☐ Gravidez ou puerperio ☐ História de aborto espontâneo recorrente. ☐ Contraceptivo oral ou terapia hormonal ☐ Sepse, Pneumonia, IAM ou ICC (menos de um mês) Doença pulmonar grave ou função pulmonar alterada Historia de doença inflamatoria intestinal	☐ Idade 61-74 anos ☐ Cirurgia aberta /laparoscopia ☐ Neoplasia maligna ☐ Paciente acamado tempo maior ou igual há 72hs. ☐ Acesso Venoso Central	☐ Idade maior ou igual 75 anos ☐ Historia de TEV ☐ Trombocitopenia heparina-induzida ☐ Trombofilias congenitas ou adquiridas	☐ AVE
Total de pontos fatores de risco:			
Risco muito baixo: 0 a 1 pontos	Risco baixo 2 pontos	Risco moderado: 3-4 pontos	Risco alto: < 5 pontos
Há contra indicações contra profilaxia de TEV? Sim? Especifique:			
☐ Uso de anticoagulantes ☐ RNI > 2,0 ☐	☐ AVC hemorrágico recente ☐ Hemorrágia em ☐		

☐ Plaqueta < 50000 ☐ Trombocitopenia induzida por heparina ☐ Sangramento ativo	☐ órgão internos recente ☐ Anemia grave ☐ Cirurgia recente ☐ Hemorragia pós operatório ☐ Outros: _____

Profilaxia		
Risco baixo: Deambulação precoce	Risco moderado: Heparina sódica 5000 UI SC 12/12 horas por dia + deambulação precoce	Risco alto: ☐ Heparina sódica 5000 UI SC 8/8 horas por dia + deambulação precoce

Médico examinador: **Data:___/___/_____**

6. REFERÊNCIAS

BURIHAN, Marcelo et al. Consenso e atualização na profilaxia e no tratamento do tromboembolismo venoso. 1.ed. Rio de Janeiro:Guanabara Koogan, 2019.

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.

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.

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.

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.

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

Projeto Diretrizes SBACV / TROMBOSE VENOSA PROFUNDA DIAGNÓSTICO E

PTC EMG 010 - INFECÇÃO DE VIAS AÉREAS SUPERIORES

1. Introdução

Processo infeccioso que afeta o trato respiratório superior (nariz, seios paranasais, faringe, laringe ou traqueia). Os sintomas incluem congestão nasal, espirros, tosse, febre e dor de garganta.

A principal etiologia das IVAS é viral, principalmente virus Influenza A e B. Os vírus também podem suprimir as funções dos neutrófilos, macrófagos e linfócitos, favorecendo o crescimento de patógenos presentes na rinofaringe, como S. pneumoniae e H. influenzae, favorecendo a infecção secundária.

2. Objetivos

Estabelecer conduta frente as infecções de vias superiores no adulto e na criança.

3. Definição

- **FC**: Frequência Cardíaca
- **FR**: Frequência Respiratória
- **IVAS**: Infecção das Vias Aéreas Superiores

4. Procedimento / Descrição da rotina

4.1 – DIAGNÓSTICO

O diagnóstico das IVAS é clínico, baseado em sinais e sintomas. Na síndrome do resfriado comum, geralmente a sintomatologia é mais discreta, com sintomas iniciais: cefaleia, espirros, calafrios e dor de garganta, com sintomastardios de coriza, obstrução nasal, tosse e mal-estar. Geralmente a gravidade dos sintomas aumenta rapidamente em 2-3 dias após a infeção, com uma duração média de 7-10 dias. Alguns sintomas, no entanto, podem persistir por mais de três semanas.

Na síndrome da gripe, tipicamente o início dos sintomas é súbito, caracterizado por febre alta, cefaleia intensa, tosse, dor de garganta, mialgia, congestão nasal, cansaço, fraqueza e falta de apetite, apresentando, de uma forma geral, sintomas mais intensos do que no resfriado comum. A associação da tosse e da febre no mesmo paciente apresenta um valor

preditivo positivo de cerca de 80% em diferenciar a infecção pelo vírus influenza dos outros quadros de infecção viral.

Características clínica das gripes e resfriados		
	Resfriados	**Gripes**
Início dos Sintomas	Gradual	Súbito
Gravidade dos Sintomas	Discreto	Intenso
Sintomas Principais	Cefaleias Espirros Calafrios Dor de garganta Coriza	Febre alta e tosse Cefaleia intensa Dor de garganta Mialgia, congestão nasal Fraqueza e falta de apetite

4.1.2 – Exames complementares

O diagnóstico de IVAS é predominantemente clínico, baseado no histórico e no exame físico. Os exames complementares para fechar o diagnóstico se faz nos casos de suspeita de complicações ou comprometimento do estado geral. Exames que são indicados na suspeita de complicações ou comportamento do estado geral:

- Hemograma completo
- PCR
- Raio x de tórax AP e perfil

4.1.3 – Tratamento

- Descongestionantes sistêmicos: pseudoefedrinas são importantes na melhora da congestão nasal, uma vez que são agonistas alfa-adrenergicos e reduzem a vascularização no leito das conchas nasais, reduzindo o edema. Atente-se para contraindicações.
- Lavagem nasal com solução fisiológica: aumentam a frequência do batimento ciliar e reduzindo o edema da mucosa nasal, diminuindo, assim, a obstrução nasal, sendo que a hipertônica e comprovadamente mais eficaz.
- Vasoconstritores tópicos: devendo ser usados no máximo por cinco dias para diminuir o risco de efeito rebote.
- Mucocinéticos: modificam a consistência das secreções do aparelho respiratório,

facilitando seu transporte e eliminação. Seus efeitos benéficos não chegam a superar as vantagens do uso de uma hidratação adequada.

- Antivirais: são inibidores específicos da replicação viral do Influenza A.

4.2. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

4.2.1. AMIGDALITE

Manifesta-se com dor de garganta intensa, disfagia, otalgia reflexa, febre de intensidade variável, que pode ser acompanhada de queda do estado geral.
O exame físico revela hiperemia, aumento de tonsilas e exsudato purulento, além de adenomegalia em cadeia jugulodigástrica, observada em 60% dos casos. No hemograma observamos leucocitose com desvio à esquerda.

XV. Tratamento

- Analgésicos
- Antiinflamatórios
- Corticosteróides
- Antibioticoterapia

Penicilinas e derivados - primeira escolha em amigdalites não complicadas	
- Penicilina G benzatina	600.000UI a 1.200.000 IM Dose única
- Amoxicilina	40-50 mg/kg/dia - 7 a 10 dias
- Amoxicilina + ácido clavulânico	40-50 mg/kg/dia - 7 a 10 dias
Macrolídeos - pacientes alérgicos à penicilina	
Cefalosporinas / Clindamicina	

4.2.2. RINOSSINUSITE

A rinossinusite aguda raramente é limitada a um só seio, pois a doença envolve primariamente o Complexo Ostiomeatal (90% segundo Stammberger). Os aspectos clínicos da rinossinusite aguda em adultos são difíceis de distinguir de um resfriado comum ou ainda de rinite alérgica.
Sintomas: Dor (pode ser nasal, facial ou ainda manifestar-se como cefaleia, em geral, a intensidade é pior pela manhã). Febre. Obstrução nasal e rinorréia. Halitose, anosmia e

rinorréia posterior com tosse..

Os achados do exame físico incluem: Secreção purulenta: Na região do meato médio, que pode ser secundária a rinossinusite maxilar,etmoidal ou frontal. Pus na região do meato superior implica rinossinusite etmoidal posterior ou esfenoidal. Além disso, a mucosa está difusamente congesta. Dor à palpação.

A rinossinusite crônica (RSC) resulta essencialmente de rinossinusite aguda que foi inadequadamente ou não tratada. Diferentemente da sinusite aguda, os sintomas sistêmicos podem ser pouco evidentes.

Seu quadro clínico é caracterizado por: Rinorréia mucopurulenta; Obstrução nasal ; Sensação de pressão na face ou periorbitrária; Tosse e dor de garganta secundária à irritação crônica das secreções pode ser referida.

XVI. Exames complementaresRADIOGRAFIA DE SEIOS DA FACE: as alterações radiológicas que podem estar presentes na rinossinusite aguda são: espessamento de mucosa, nível líquido ou opacificação completa do seio. De um modo geral, a radiografia é um exame de baixa sensibilidade e especificidade, não sendo geralmente indicada nas rinossinusitesagudas ou crônicas.

XVII. Tratamento

Desobstruir o seio e restabelecer a drenagem. Hidratação adequada. Umidificação do ambiente e evitar exposição a agentes que causem alergia. Lavagem nasal com solução salina.

Descongestionantes tópicos: podem ser usados por um curto período de tempo (no máximo 3 dias) por causa do efeito rebote e desenvolvimento de rinite medicamentosa com o uso crônico (cloridrato de oximetazolina; nitrato de nafazolina)

Descongestionantes Orais: (cloridrato de fenilefrina) também podem ser utilizados, sendo geralmente disponíveis em apresentações que associam anti-histamínicos orais pois estes ajudam diminuir a tosse associada ao quadro gripal. São disponíveis também diversas apresentações comerciais de anti-histamínicos de segunda geração (menos sedativos) associados a descongestionantes orais (Claritin D, Allegra D e Zyrtec D).

Antibioticoterapia: Amoxicilina é adequada. Se não houver melhora do quadro clínico em 4 a 5 dias, recomenda-se o uso de outros antibióticos de segunda opção, como amoxicilina com clavulanato. Em pacientes com alergia a penicilina e/ou cefalosporinas, pode-se utilizar claritromicina, clindamicina, gatifloxacina ou moxifloxacina.

É recomendado o uso de antibióticos por 10 a 15 dias.

4.2.3. OTITE

Otite média é definida como um processo de natureza inflamatória, infecciosa ou não que ocupa focal ou generalizadamente a fenda auditiva. Até 2 anos de idade, tanto OMA quanto otite média secretora (OMS) são bilaterais em sua maioria. Após os 2 anos, a maioria dos episódios de OMA e OMS é unilateral.

XVIII. Tratamento

Antibioticoterapia: A primeira opção é a amoxicilina via oral por 10 dias. Espera-se melhora clínica e remissão da febre após 48 a 72 horas do uso da medicação. Se não houver, pode-se utilizar outros antibióticos comoamoxicilina clavulânico e outras cefalosporinas de segunda geração.
Os critérios de não-severidade são otalgia discreta com febre = < 39°C nas últimas 24 h e os de severidade incluem uma otalgia moderada a severa com febre 39°C.
A antibioticoterapia intravenosa deve ser introduzida nos casos de complicações de OMA e em crianças com diarréia e vômitos, sendo a ceftriaxona uma opção.
Sintomáticos: Sempre devem ser utilizados (analgésicos, antitérmicos e antiinflamatórios não-hormonais).

5. Referências

CDC Prevention and control of influenza: Recommendations of the Advisory Commitee on immunization Practices (ACIP) MMWR 2005; 54(RR08):1:40. 4. CDC Recommended adult immunizations schedule United States; 2004- 05 MMWR 2004; 53:1-4. 5
Costa SSC et al. Guideline de IVAS. Infecção das vias aéreas superiores. Disponível em: http://www.aborlccf.org.br/imageBank/guidelines_completo_07.pdf. Acessado em 27/02/2017

PTC EMG 011 - LESÕES MUSCULARES

1. Introdução

As lesões musculares são a causa mais frequente de incapacidade física na prática esportiva. Estima-se que 30 a 50% de todas as lesões associadas ao esporte são causadas por lesões de tecidos moles.

Apesar de o tratamento não cirúrgico resultar em bom prognóstico, as consequências da falha do tratamento podem ser dramáticas.

2. Objetivos

Estabelecer rotinas para atendimento do paciente portadores de lesões musculares.

3. Procedimento / Descrição da rotina

1. DIAGNÓSTICO

· A história do mecanismo do trauma, sintomas do paciente e exame físico são suficientes para fazer o

diagnóstico das lesões musculares. As mesmas podem ser causadas por trauma direto (contusões) e/ou indiretos (entorses). É importante tentar definir a gravidade da lesão através da classificação em leve (grau I), moderada (grau II) e grave (grau III).

→ **Grau I** (estiramentos e contusões leves): representam uma lesão de apenas algumas fibras musculares com pequeno edema e desconforto, acompanhadas de nenhuma ou mínima perda de força e restrição de movimentos. Não é possível palpar-se qualquer defeito muscular durante a contração muscular. Apesar de a dor não causar incapacidade funcional significativa, a manutenção do indivíduo em atividade não é recomendada devido ao grande risco de aumentar a extensão da lesão.

→ **Grau II** (estiramentos e contusões moderadas): provocam um dano maior ao músculo com evidente perda de função (habilidade para contrair). É possível palpar-se um pequeno defeito muscular, ou gap, no sítio da lesão, e ocorre a formação de um discreto hematoma local com eventual ecmose dentro de dois a três dias. A evolução para a cicatrização costuma durar de duas a três semanas e, ao redor de um mês, o paciente pode retornar à atividade física de forma lenta e cuidadosa.

→ **Grau III** (lesão estendendo-se por toda a sessão transversa do músculo e resultando em virtualmente completa perda de função muscular e dor intensa é determinada como estiramento ou contusão grave): A falha na estrutura muscular é evidente, e a equimose costuma ser

extensa, situando-se muitas vezes distante ao local da ruptura. O tempo de cicatrização desta lesão varia de quatro a seis semanas. Este tipo de lesão necessita de reabilitação intensa e por períodos longos de até três a quatro meses. O paciente pode permanecer com algum grau de dor por meses após a ocorrência e tratamento da lesão.

· Os exames complementares de urgência são as radiografias da área afetada para afastar fraturas e avulsões ósseas insercionais, e ultrassonografia em lesões moderadas e graves.

· A ultrassonografia não deverá ser realizada no atendimento de urgência, por ter sua maior importância na graduação e prognóstico das lesões.

2. TRATAMENTO IMEDIATO

· A abordagem terapêutica inicial deverá ser sintomática, de acordo com a gravidade da lesão e intensidade dador.

· Nas lesões de grandes grupos musculares como quadríceps e isquiotibiais grau II e grau III, que apresentam

hematomas significativos, recomendamos o uso de antiinflamatórios não esteróides para alívio da dor eprevenção da miosite ossificante.

· O enfaixamento compressivo da região afetada deverá ser realizado na urgência e tem como objetivo conter o

hematoma em formação e evitar complicações, assim como dar alívio ao paciente.

· A crioterapia também deve ser instituída de imediato, podendo ser repetida à cada hora durante as primeiras

06 (seis) horas e 03 (três) a 04 (quatro) vezes ao dia posteriormente. A duração inicial da aplicação de gelodeve ser de15 (quinze) minutos à cada hora e de 20 (vinte) minutos nos dias subseqüentes.

· Medicação inicial: se não houver contra-indicações, pode ser prescrito antiinflamatório (EV/IM/VO) associado

ou não ao miorrelaxante.

· O uso de imobilizadores tem como objetivo o alívio dos sintomas, devendo ser utilizados de acordo com aintensidade da dor pacientes.

· Nas rupturas musculares graves de membros inferiores, o imobilizador de joelho será sempre recomendado.

· Não existe indicação para internação de urgência nas lesões musculares isoladas.

3. ORIENTAÇÕES DO TRATAMENTO

· O uso da medicação antiinflamatória deve ser continuada até o 10° dia nas lesões moderadas e graves.

· A crioterapia pode ser realizada até o alívio dos sintomas.

· O paciente deverá fazer repouso relativo podendo utilizar a dor como parâmetro.

· A maioria das avulsões ósseas é de tratamento conservador, principalmente na região da pelve. Porém cada caso deverá ser analisado isoladamente para se definir o melhor tratamento.

· O paciente deverá ser alertado da necessidade de retorno imediato se ocorrer febre, sinais flogísticos locais e

piora da dor apesar do tratamento instituído, e ser avisado de que podem aparecer equimoses do 3° ao 5°dia, como evolução natural das lesões.

XIX. 5. Referências

Canale ST, Beaty JH. Campbell's operative orthopaedics. Philadelphia: Saunders.

Hebert S et al. Ortopedia e traumatologia: princípios e prática. 4a edição. Porto Alegre: Artmed;2009 Lesão muscular: fisiopatologia, diagnóstico, tratamento e apresentação clínica. https://www.scielo.br/j/rbort/a/bPkyJmRvZtfTnwwLNbvMYyf/?lang=pt

PTC EMG 012 – LOMBALGIA

1. Introdução

A lombalgia por definição é a manifestação de dor, espasmo muscular ou rigidez localizada abaixo da margem costal e acima da prega glútea inferior, associada ou não à irradiação para o membro inferior. A lombalgia é apenas um sintoma, e pode ser a manifestação clínica de diferentes doenças localizadas na coluna vertebral ou outros órgãos (rins/ureteres, pâncreas, duodeno). A dor lombar representa a segunda causa de consulta na atenção básica e é a principal causa de afastamento das atividades profissionais por períodos longos (> 2 semanas), e a segunda causa de afastamento das atividades profissionais por curto período de tempo.

2. Objetivos

Estabelecer rotinas para atendimento do paciente com lombalgia.

3. Conceitos

- **Lombalgia:** Dor localizada na região lombar, caracterizada por rigidez e tensão muscular, localizada entre o último arco intercostal e a crista ilíaca posterior.
- **Lombociatalgia:** Dor na região lombar que se irradia para um ou ambos membros inferiores.
- **Ciática:** Dor com início na raiz de coxa, alcançando na maioria das vezes, o pé, podendo ser com ou sem deficiência neurológica.
- **Dor lombar aguda:** Dor lombar até 6 semanas, com bom prognóstico, podendo ter alguns episódios durante o

ano. A dor lombar específica se caracteriza por alguma reação conhecida do organismo ao agente agressor. Normalmente, essa dor tem as características típicas da lombalgia, sendo muitas de início súbito. A lombalgia insidiosa, tem o seu diagnóstico difícil, pelas próprias da doença, e muitas vezes tendem a se torna crônica.

- **Dor lombar subaguda:** Dor lombar que se caracteriza de 6 semanas até três meses.
- **Dor lombar crônica:** Dor lombar por mais de três meses.

4. Procedimento / Descrição da rotina

1. DIAGNÓSTICO

- O diagnóstico da lombalgia é realizado através da história clínica, exame físico e exames

complementares.

• A lombociatalgia o diagnóstico é menos complicado quando temos um território sensitivo ou motor bem

definido. Na história clínica da dor lombar devemos sempre valorizar o tempo de duração da dor, como também a sua intensidade.

• A escala visual e analógica de dor auxiliam o diagnóstico e facilita o tratamento.

1.1. História clínica

• irradiação, fatores de melhora ou piora da dor e idade são fundamentais para um perfeito início de diagnósticoe tratamento.

• A importância de certos sinais na lombalgia alerta o médico a pensar em doenças específicas e agilizar o tratamento. Tais sinais são conhecido como sinais das "bandeiras

- Sindrome da cauda equina:
  Alteração da micção
  Perda do tônus do esficnter anal ou incontinência fecal; anestesia em sela
  Fraqueza motora progressiva ou distúrbio da marcha
- Dor constante, intensa ou progressiva(principalmente à noite ou com repouso)
- Traumatismo
- Febre
- Perda inexplicável de peso corporal
- História de câncer
- Idade inferior a 18 anos com dor considerável; idade supeiror a 55 anos
- Usuário de drogas intravenosas ou esteroides
- AIDS, doencas sistêmicas
- Restrição importantee persistente da amplitude dos movimentos da coluna lombossacral
- Doenças inflamatórias (espondilite anquilosante, artrite reumatóide etc)
  Envolvimento articular periférico
  Irite, manchas cutâneas, colite, secreção ureteral

vermelhas":

• Toda dor deve ser valorizada, onde a característica da dor, muitas vezes nos dizem o órgão envolvido. As dores

músculos-esqueléticas podem se manifestar de maneira aguda ou crônica. Quando aguda, muitas vezes relacionadas a traumas agudos, como os estiramentos musculares, contusões ou entorses. Tais lesões podem resultar em dor com características mecânica ou inflamatória. A dor mecânica, geralmente melhora com repouso e piora com deambulação. A dor inflamatória, normalmente não é eliminada pelo repouso.

• A presença de irradiação de dor, seguindo um trajeto nervoso, sensitivo ou motor, determina o envolvimento

específico de raízes nervosas, mas não o diagnóstico etiológico. Lesões intrínsecas ou extrínsecas podem comprometer as raízes nervosas e o território anatômico do nervo, tem que ser identificado. Uma dor lombar com parestesia na região ântero-medial de perna e dificuldade da

dorsiflexão do tornozelo indica um comprometimento do nervo fibular profundo ou compressão das raízes nervosas de L4 e L5. Porém, a origem da compressão pode ser determinada por hérnias discais, estreitamento foraminal, hipertrofia facetaria, tumores em coluna ou pelve, ou mesmo um comprometimento local no trajeto do nervo fibular profundo associado a uma crise de dor lombar isolada. A irradiação para região pélvica, além de investigar as raízes de D12 e L1, devemos investigar as estruturas de toda região da pelve, abdome inferior e estruturas osteoligamentares e articulares da pelve, bem como algumas doenças reumatológicas, como artrites, espondilite anquilosante, Lúpus eritematoso sistêmico etc.

1.2. Exame físico

- A região lombar a ser examinada é compreendida pelo último arco intercostal e a crista ilíaca posterior. Porém

a dor pode ser oriunda dessa região ou ser irradiada para ela. Praticamente todas as vísceras e órgãos abdominais e pélvicas, vasos sanguíneos e estruturas osteomioarticulares localizadas na região que são

inervadas podem gerar a dor. Portanto o exame físico da região lombar na procura da gênese da lombalgia, deve ser feito de forma multidisciplinar, de forma minusciosa, envolvendo um ou mais especialidades médicas.

- O direcionamento do exame físico deverá focar primeiramente nas dores de origem somáticas ou orgânicas,

para avaliarmos em último plano, as dores de causa psíquicas.

- A presença de febre é sempre um sinal indicativo de doença lombar infecciosa, inflamatórias como as psoítes,

pancreatites anexites, doenças inflamatórias pélvicas, discite, osteomielites ou tumoral. Podemos encontrar sinais de tumores primários ou metastáticos. Conforme a descrição dos sinais de bandeiras vermelhas, onde esse sinal sempre deverá ser pesquisado. É importante lembrar dos pacientes com baixa imunidade e idosos, que podem não fazer febre.

- Na inspecção do portador de lombalgia, a marcha observada será lenta ou claudicante com limitação dos

movimentos. O grau de limitação modifica de acordo com a etiologia da doença e sua forma clínica. Na crise aguda de dor lombar por qualquer etiologia a contratura da musculatura paravertebral promove diferentes formas de deambulação, variando entre, deambulação com extensão ou flexão da coluna lombar. O fácies de dor difere entre as lombalgia aguda, crônicas e crônicas agudizadas.

- A contratura da musculatura esquelética, gera compressão da inervação intrínseca, aumentando o processo

inflamatório, que mantém a quadro de contratura e dor. A evidência desse sinal é mais específico nas crise agudas em relação as crônicas. Contraturas da musculatura paravertebral levam a limitação dos movimentos eimpedem um exame detalhado, não sendo possível, algumas vezes, no primeiro exame, uma avaliação clínica completa.

- A dor na mobilização da musculatura paravertebral, pode sugerir uma diferenciação em algumas doenças

etiológicas. A dor na flexão pode ser indicativa de compressão de raiz nervosa, quando acompanhada de dor irradiada, onde a suspeita primária é com as hérnias discais. A melhora com a flexão, normalmente encontramos nos casos de estreitamento do canal lombar, onde a flexão do tronco contribui com a ampliação do canal lombar. A dor decorrente de alteração facetaria, normalmente piora com a extensão do tronco, sendo associada a dor localizada ou irradiada. As dores axias são indicativas de discopatia degenerativa, com lesão do anel fibroso.

- A dor em cólica se apresenta de forma cíclica, com grau de intensidade variável, não se relacionando com

posição ou movimentação da musculatura. As doenças gastrointestinais e genitourinárias, na maioria das vezes, são as causadoras. No período entre as crises, o exame é físico é normal.

- O exame das articulações do joelho, da coxo femoral e sacra-ilíacas, frequentemente levam dores referidas da

região lombar. O nervo obturatório, tem origem espinhal em L2,L3 e L4, passando medial ao músculo psoas maior, e entra no forame obturatório, sendo responsável pela inervação dos músculos adutores e grácil. Processos articulares, que levam a limitação da rotação interna do quadril, processos inflamatórios em bolsas sinoviais localizadas nas regiões do quadril e joelho, levam a dor, que podem ser confundidas com lombalgias.

- O grau de força muscular deve ser avaliado de forma sistemática e comparativa dos membros inferiores. A

diminuição da força muscular nos membros inferiores ou mesmo atrofia muscular é indicativo de lesão nervosa central ou periférica. Tumores localizados na coluna lombar ou pélvicos comprimem nervos específicos, muitasvezes de maneira aguda ou crônica, portanto deve sempre fazer parte do diagnóstico diferencial

Escala de força muscular:

GRAU 5: Normal
GRAU 4: Movimento completo contra gravidade e com alguma resistência.
GRAU 3: Movimentação completa contra gravidade.
GRAU 2: Movimentação completa eliminndo se a gravidade.
GRAU 1: Contração muscular sem movimento.
GRAU 0: Ausência de contrações musculares.

- A medida da circunferência dos membros devem ser realizadas em conjunto com teste de força muscular. A

sarcopenia induzida pela dor excessiva ou doenças consuptivas levam uma importante redução dacircunferência dos membros.

- A unidade motora do músculo é a unidade funcional que consiste em um neurônio motor e as fibras musculares

que ele controla. O número de fibras musculares é variável com tamanho e função do músculo. Compressões crônicas das estruturas nervosas produzem alterações das unidades motoras. A reinervação após as descompressões nervosas iram ocorrer, porém ocorre lesão da placa motora e a atrofia muscular se torna permanente.

- O teste muscular ajuda o examinador a diagnosticar essas lesões nervosas. Existem dois métodos de teste

comuns:

→ A pessoa realiza movimentos que resistem àqueles do examinador.

→ O examinador realiza movimentos que resistem àqueles da pessoa.

1.3. Diagnóstico diferencial

- Em um exame clínico de lombalgia, esse talvez, e sem dúvida o mais importante e o mais difícil de fazer.
- Nas lombalgias de causas mecânicas, onde prevalece a melhora do quadro clínico com repouso e piora com

atividades físicas, as deformidades que causam uma perda do equilíbrio sagital, como espondilolisteses,laterolistese, escoliose descompesada, malformações adquiridas e traumas em geral.

- A dor é decorrente da instabilidade ou por alterações secundárias geradas pelo desequilíbrio sagital.
- Doenças metabólicas, como a osteoporose e hiperparatiroidismo, levam alterações do

trabeculado ósseo, causando importante fragilidade óssea e fraturas frequentes e dor lombar.

- Nas doenças de causas inflamatórias as dores são decorrentes de processo inflamatório gerado de forma direta, por compressão nervosa, ou de maneira indireta, por compressão de estruturas ao redor dos nervos, ou

de terminações nervosas sensitivas presentes nos discos intervertebrais degenerados, ligamento longitudinal posterior, ligamento longitudinal anterior, pancreatites, artrites, espondilite anquilosante. Normalmente não melhoram com repouso.

- Nas causas infecciosas e neoplásicas a dor também não melhora com repouso, a febre pode estar presente,

na maioria das vezes. Diante de um quadro de dor noturna, progressiva e em pacientes com imunidade baixa, essas causas não devem ser esquecidas. Nas discites e osteomilites a destruição das estruturas da coluna podem disseminar para o corpo, levando a um processo de septicemia. A infecção também pode disseminar

por contiguidade levando a um quadro de psoíte. O contrário também e verdadeiro, onde os processos infecciosos do abdome e pelve, como infecção urinária, cirurgias abdominais, peritonites levam também a um processo infeccioso na coluna lombar. Esse processo é facilmente explicado pela bases anatômicas, onde a veias da coluna lombar e região do retroperitôneo são desprovidos de válvulas, circulando livremente.

- Nas osteomilites secundária a tuberculose, a infecção inicia na região do planalto vertebral para o corpo,

preservando o disco intervertebral, o que não ocorre nas demais osteomielites por outros germes.

- Nas lombalgias em criança, excetuando as causas traumáticas, devemos sempre pensar nos casos de

infecção, como discite, osteomielite, infecção urinária, apendicite, como também em doenças tumorais; osteoma osteóide, linfomas.

- Nos adultos e idosos também são frequentes as doenças metastática e mielomas. Além da dor de caracter

infeccioso os tumores e infecções são responsáveis por causar instabilidades vertebrais e muitas vezes compressões de estruturas nervosas, levando a deformidade e deficiência neurológica.

1.4. Exames Laboratorias:

- Os exames laboratoriais como hemograma, PCR (proteína C reativa) VHS (velocidade de

hemossedimentação), EAS-urina 1 (exames anormais e sedimentos), entre outros são indicados de acordo com a clínica apresentada pelo paciente.

- No hemograma podemos fazer a diferenciação entre uma lombalgia inflamatória, infecciosa ou tumoral. Nos

processos infecciosos o VHS e PCR apresentam níveis elevados, nas fases iniciais, porém o controle do processo infeccioso se faz com a normalização do PCR e da leucocitose.

- Diante de um quadro de anemia na lombalgia, nos casos de suspeita clinica de doença tumoral, como linfomas

e mielomas, outros exames específico como biópsia óssea devem ser solicitados. Nenhum exame complementar isolado deve ser usado para conclusão diagnostica.

- O exame físico bem feito direciona a melhor escolha dos exames laboratoriais.

XX. Radiografias:

- Radiografia simples nas lombalgias agudas a radiografia simples se faz necessária.
- Pacientes com lesões traumáticas, lombalgias agudas que não melhoram após três semanas, lombalgias crônicas por diferentes etiologias e de causas mecânicas a radiografia simples deve ser o primeiro exame a ser

solicitado.

- Não se trata uma deformidade ou instabilidade sem um bom exame radiográfico. A radiografia em ântero- posterior revela as deformidades no plano frontal como escolioses descompensadas, laterolistese, fraturas,

lesões tumorais e infecciosas, como também sinais indiretos de doença degenerativas, osteoporose e doença de Paget.

- A imagem em perfil mostra deformidades como espondilolistese, retrolistese, perda da lordose lombar,

secundária a artrodese, sinais indiretos de estenose do canal lombar e degeneração discal.

- As radiografias panorâmicas em perfil são fundamentais na avaliação do equilíbrio sagital e planejamento do tratamento das instabilidades, bem como as radiografias dinâmicas.

2. TRATAMENTO

O objetivo básico de todo tratamento de lombalgia é a melhora dor e impedir que ela se torne crônica e retorno precoce as atividades.

Uma boa anamnese e um exame físico bem executado é a chave do sucesso no tratamento. A estratégia do tratamento é realizada com o perfil do paciente e de sua doença. Ele é feito através

de terapias não médicas como atividades físicas, mudança de comportamento, intervenções medicamentosas e cirurgias.

XXI. Tratamento farmacológico:

AINH, relaxantes musculares e opióides.

Os antidepressivos são utilizados, na lombalgia crônica, nos pacientes portadores de algum grau de depressão.

XXII. 5. Referências

1- Andersson GB (1999) Epidemiological features of chronic low- back pain. Lancet 354(9178):581–585

2- Hart LG, Deyo RA, Cherkin DC (1995) Physician office visits for low back pain frequency, clinical evaluation, andtreatment pat- terns from a U.S. national survey. Spine 20:11–19

3- Vogt MT, Kwoh CK, Cope DK, Osial TA, Culyba M, Starz TW (2005) Analgesic usage for low back pain: impacton health care costs and service use. Spine 30:1075–1081

4- Van MW Tulder, Koes BW. Lombalgia: crônicas. Clinical Evidence. BMJ Publishing Group, 2006: Londres.

PTC EMG 013 - CERVICALGIA

1. Introdução

A cervicalgia é causa comum de dor na população geral com prevalência de 10% a 15%, acomentendo em torno de 67% a 70% de indivíduos adultos em algum momento de sua vida. A incidência anual em adultos é de 14,6%, sendo que as mulheres têm maior probabilidade do que os homens de desenvolver dores cervicais e de sofrercom problemas cervicais persistentes.

2. Objetivos

Estabelecer rotinas para atendimento do paciente com queixa de cervicalgia.

3. Conceitos

- **MMSS:** Membros superiores.

4. Procedimento / Descrição da rotina

1. DIAGNÓSTICO

a) Clínico: Dor cervical localizada (axial) ou com irradiação em MMSS, ombros e tórax.

b) Etiológico: Comprometimento muscular local; Radiculopatia; Doença do disco cervical/hérnia de disco;

Infecção; Tumor; Mielopatia; Espondilose; Sedentarismo; Anomalia da artéria vertebral

c) Diferencial: Ruptura do manguito rotador; Síndrome do impacto; Síndrome do desfiladeiro torácico; Síndromes compressivas dos membros superiores (nervo periférico); Doenças neurológicas (esclerose múltipla/esclerose lateral amiotrofica); Doenças cardiovasculares.

2. PROPEDÊUTICA

a) Exame físico

- Inspeção (alinhamento coronal, sagital, alterações cutâneas, coloração, atrofia, padrão de marcha

- Palpação óssea e de partes moles
- Pesquisa de ADM ativa e passiva
- Pesquisa de força muscular, reflexos sensibilidade e motores nos membros superiores e inferiores
- Testes especiais: Spurling, Lhermitte, escape de dedos, valsalva, compressão e tração cervical
- Reflexos patológicos: Hoffmann, Babinski
- Pesquisa de clonus

b) Exames de imagem

- Radiografias da coluna cervical AP/ lateral/ trans oral: Episódios recorrentes de dor resistente ao tratamento conservador, alterações ao exame neurológico
- Incidência do nadador: Estudo em perfil da transição cérvico-torácica, quando não se consegue visualizar na radiografia de perfil.
- Radiografias dinâmica sem flexão/ extensão: Passado de trauma, doença degenerativa grave, instabilidade em radiografias convencionais

3. TRATAMENTO

- Repouso relativo
- Colar cervical será reservado nos casos em que o paciente tenha muita dor ou sinais de instabilidade.
- Analgésicos conforme a escala analógica visual da dor.
- AINE, desde que o paciente não apresente contra-indicações.
- Gelo local.
- Tratamento fisioterápico: massagem, compressas quentes, alongamentos, exercícios com resistência progressiva.

5. Referências

1. Barros Filho T E P, Lech O.: Exame Físico em Ortopedia, 2ª Ed.
2. Sizinio H.: Ortopedia e Traumatologia: Princípios e Práticas, 4ª Ed

PTC EMG 014 - OMBRO DOLOROSO AGUDO

1. Introdução

A Síndrome do Ombro Doloroso (SOD) é caracterizada por dor e limitação funcional decorrente do acometimento de estruturas estáticas e dinâmicas do ombro, como ligamentos, cápsula e músculos. A dor no ombro é uma das queixas mais comuns e incapacitantes do sistema musculoesquelético na população em geral. A causa mais freqüente de dor no ombro é a lesão do manguito rotador que pode acometer indivíduos em qualquer faixa etária sendo potencializada com o envelhecimento e a ocupação laborativa ou recreativa

2. Objetivos

Estabelecer condutas quanto a pacientes com queixa relacionada a síndrome dolorosa aguda.

3. Definição

- **AC:** Acromioclavicular
- **AINE:** Antiinflamatórios não Esteróides
- **AP:** ântero-posterior
- **Mm:** Músculos

4. Procedimento / Descrição da rotina

1. DIAGNÓSTICO

XXIII. Diagnóstico Clínico:

Dor aguda ou recorrente localizada no ombro com ou sem irradiação até o nível do cotovelo, com restrição de movimento. Pode ser traumática ou não.

XXIV. Diagnóstico Etiológico:

a) Tendinite aguda

b) Bursite aguda

c) Tendinite calcificante do manguito rotador

d) Artrite acrômio clavicular

e) Ruptura do manguito rotador

f) Capsulite adesiva

g) Lesão SLAP

h) Instabilidade daarticulação glenoumeral

XXV. Diagnóstico Diferencial:

a) Fraturas e/ou luxações

b) Cervicobraquialgia

c) Tumores

d) Infecções

e) Síndrome miofascia

2. PROPEDÊUTICA

a) Exame físico ortopédico

b) Inspeção, palpação da região do manguito rotador e da articulação AC, testes irritativos subacromial, testes de forca muscular (Supraespinhal, infraespinhal, subescapular), teste da lidocaina (Teste de Neer), Palm-up ou teste de Speed para cabeça longa do bíceps.

c) Imaginologia:

- Radiografias da serie trauma do ombro (AP verdadeiro, Perfil escapular e Axilar)

- Radiografia do ombro com inclinação: AP 30º caudal e perfil 15º caudal; quando existir dor AC: AP e AP tipo Zanca (15° de inclinação cefálica)

3. ABORDAGEM DO PACIENTE

Historia + exame ortopédico e exames de imagem:

a) Quando não existe lesão nos exames de imagens:

- Repouso com o membro superior (tipóia) por poucos dias;

- Injeção de corticosteróide + anestésico no local da dor pode ter grande valor no alívio da dor;

- Avaliar bloqueio do nervo supra escapular para alívio da dor;

- AINE, gelo local e fisioterapia após quadro agudo

b) Presença de calcificação do manguito rotador (tendinite calcificante):

- Mesmo tratamento inicial e nova avaliação ortopédica após quadro agudo. Remissão completa na maioria dos casos. Se não ocorrer melhora, há indicação para tratamento fisioterápico.

c) Quando existe ruptura do manguito rotador:

- Mesmo tratamento inicial e nova avaliação ortopédica após quadro agudo.

- Indicação de cirurgia se lesão completa ou falência do tratamento conservador.

4. PROCEDIMENTOS FISIOTERÁPICOS INDICADOS

- Exercícios de fortalecimento dos MM rotadores internos e rotadores externos e alongamento da capsula posterior.
- Controle ortopédico se não ocorre melhora da sintomatologia aguda.

5. Referências

Fundamentos em Cirurgia do Ombro- Ortopedia e Reabilitação. LECH, O. 2ª Edição Revinter 2005.The Shoulder. ROCKWOODE MATSEN.W.B SUNDERS COMPANY 1990.
Intensidade da dor com síndrome do ombro doloroso. https://www.scielo.br/j/aob/a/Gv4MbQKBFKQzqYNRdsghVtF/?lang=pt#:~:text=A%20S%C3%ADndrome%20do%20Ombro%20Doloroso,popula%C3%A7%C3%A3o%20em%20geral(3)

PTC EMG 015 – EMERGÊNCIAS PSIQUIÁTRICAS

1. Introdução

A psiquiatria de emergência exige habilidades específicas durante situações em que as intervenções terapêuticas imediatas são necessárias. Os casos de emergência de pacientes psiquiátricos são caracterizados por quaisquer alterações nos pensamentos, comportamentos ou sentimentos, para os quais se faz indispensável um atendimento rápido, por representar risco significativo para o próprio paciente ou para as outras pessoas Identificar o grau de emergência do paciente é essencial para avaliar o risco que a situação representa para o paciente e para terceiros.

2. Objetivos

Controlar a situação de risco e estabelecer diagnóstico e terapêutica adequada.

3. Definição

- **Emergência psiquiátrica** é o distúrbio do pensamento, da emoção ou do comportamento, que acarretam sofrimento psíquico significativo, perda da autonomia e risco potencial ou evidente à integridade física, psíquica ou social do indivíduo ou de outras pessoas.
- **Agitação psicomotora:** estado de excitação mental e de atividade motora aumentada, associada a uma experiência subjetiva de tensão, podendo haver desorganização do psiquismo e comportamento violento.

4. Procedimento / Descrição da rotina

1. CUIDADOS GERAIS A SEREM TOMADOS COM O PACIENTE AGITADO OU VIOLENTO

- Avaliar o paciente na presença de um membro da equipe de segurança da Unidade.
- Não deixar o paciente desacompanhado de um membro da equipe de saúde.
- Analisar previamente se é prudente estar só com o paciente na sala.
- Manter a porta aberta durante a entrevista.
- Identificar-se claramente, dizendo nome e profissão.
- Evitar contato físico com o paciente.
- Conter fisicamente o paciente quando necessário.
- Prescrever medicação adequada.

2. ABORDAGEM DO PACIENTE

· **Hostil** (que manifesta inimizade): uma tentativa de abordagem amigável pode ser bem sucedida.

· **Agressivo** (que provoca, que revela predisposição para um comportamento destrutivo): cautela.

· **Violento** (que emprega força bruta): intervenção.

· Interromper a consulta/atendimento a qualquer momento caso perceba risco iminente de ser agredido.

· Situações nas quais o comportamento agressivo **NÃO** é decorrente de condições médicas gerais, uso de

substâncias psicoativas ou transtornos psiquiátricos, devem ser manejadas por autoridades legais.

· Se identifique.

· Seja compreensivo, respeitoso e decidido.

· Utilize linguagem clara e seja educado.

· Não provoque o paciente.

· Evite tocar o paciente, exceto quando for necessária a contenção

3. CONTENÇÃO

Realizada por:

· Uma equipe treinada

· Número grande de pessoas

· Deve ser coordenada por um médico

· Esclarecer ao paciente o que está sendo feito, e por qual motivo

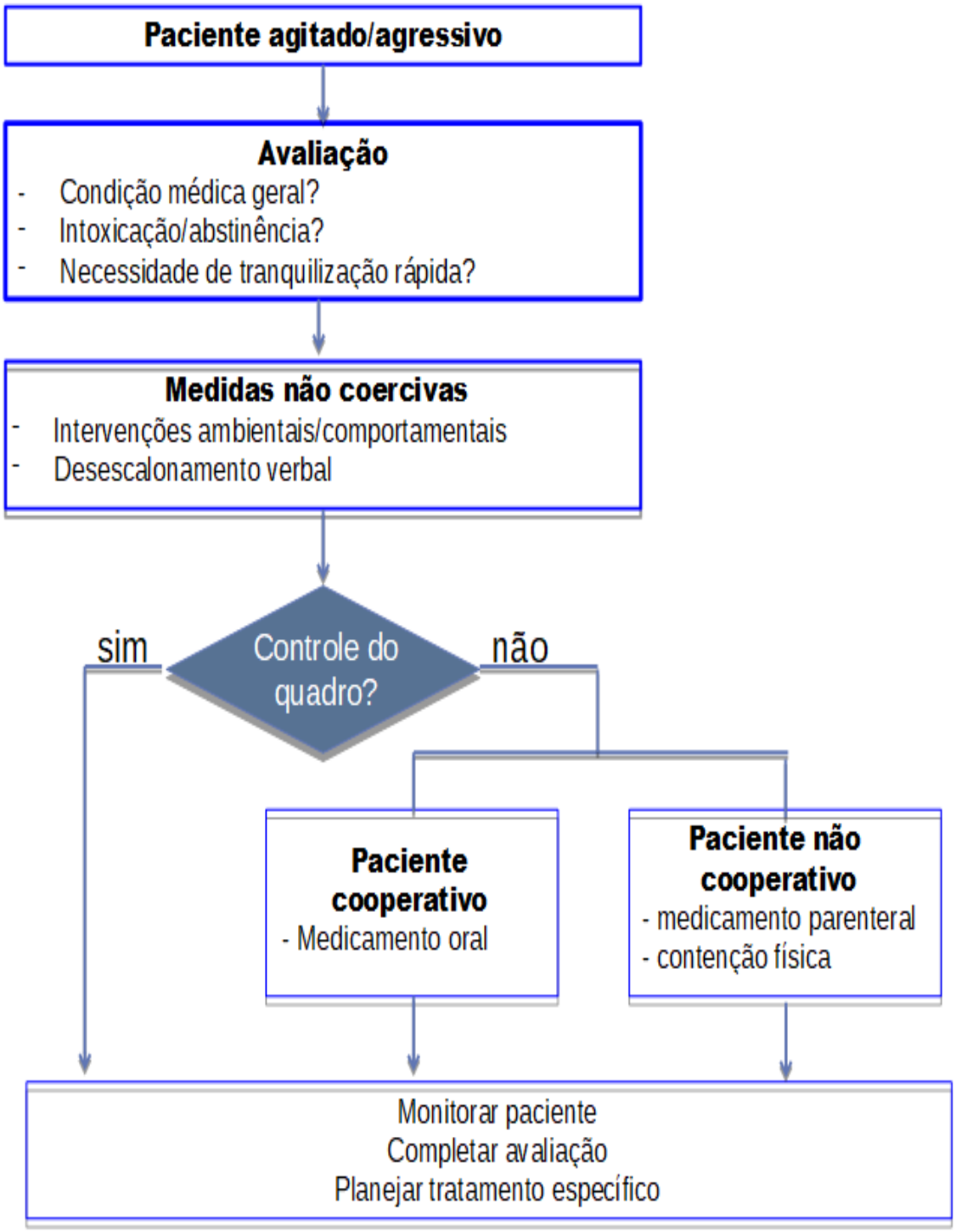
· Proteção ao paciente e à equipe.

· Evitar agir de maneira permissiva ou punitiva

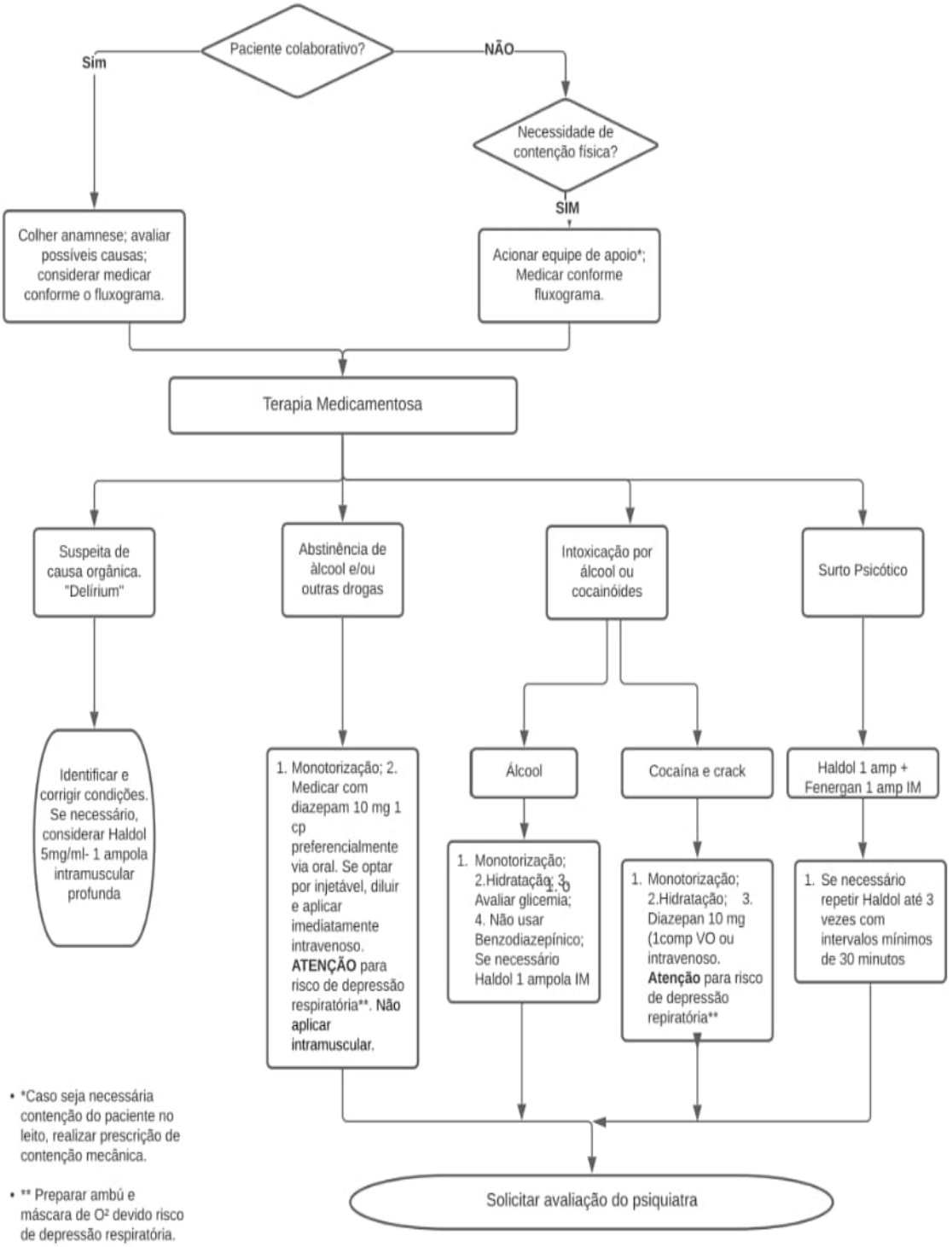
· Monitorar o paciente durante todo o tempo da contenção

· Medicar o paciente

cópia controlada - UPA Timóteo


Paciente agitado/agressivo
Avaliação
- Condição médica geral?
- Intoxicação/abstinência?
- Necessidade de tranquilização rápida?
Medidas não coercivas
- Intervenções ambientais/comportamentais
- Desescalonamento verbal
Controle do quadro?
sim
não
Paciente cooperativo
- Medicamento oral
Paciente não cooperativo
- medicamento parenteral
- contenção física
Monitorar paciente
Completar avaliação
Planejar tratamento específico

4. TRATAMENTO MEDICAMENTOSO



5. Referências

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Protocolos de Intervenção para o SAMU 192 - Serviçode Atendimento Móvel de Urgência. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

MANTOVANI Célia, Manejo de paciente agitado ou agressivo. Divisão de Psiquiatria Departamento de Neurociências e Ciências do Comportamento Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo, 2010.

PTC UTI 001 - ANAFILAXIA E REAÇÕES ANAFILACTÓIDES

1. Conceito

Síndrome decorrente da liberação de mediadores (principalmente a histamina) por mastócitos ou basófilos decorrente da
interação com anticorpos IGE (anafilaxia) ou por interação direta do agente externo no organismo (anafilactóide).

2. Diagnóstico

2.1 História de exposição

2.2 Clínica: Intensidade e combinação de sintomas variáveis

- Prurido
- Edema de mucosas
- Rouquidão
- Tosse
- Dispnéia
- Sibilância
- Dor abdominal
- Diarréia
- Urticária
- Angioedema
- Choque

3. Tratamento

- Retirada do agente agressor
- Avaliar gravidade
- Acesso venoso nos casos de maior gravidade
- Adrenalina: 0,5 a 0,5mg SC, repetir, se necessário, a cada 10-20 minutos. Em casos mais severos, com choque,
fazer infusão EV.
- Oxigênio
- Entubação traqueal ou cricotitotomia, se necessário.
- Broncodilatadores (□2 adrenérgicos)
- Bloqueadores H1: Prometazina, 50 mg EV de 6 ou 8/8h
- Bloqueador H2: Ranitidina, 50mg EV de 6/6 ou 8/8 h
- Hidrocortisona: 100mg EV de 8/8h

4. Bibliografia:

NA.

PTC UTI 002 - ANGINA INSTÁVEL E INFARTO SEM SUPRA DE ST

1. Conceito

A angina instável e o infarto do miocárdio sem supra de ST compõem o espectro das síndromes de isquemia miocárdica, com quadro clínico e tratamento semelhantes, cuja diferenciação será feita evolutivamente. O infarto não Q é
caracterizado pela ausência de supradesnivelamento de ST e por alterações enzimáticas de CK-MB e ou tropononinas cardíacas (elevação - duas vezes o limite da normalidade).

2. Classificação

2.1 Angina instável
- de repouso
- em crescendo
- de início recente (até 60 dias)
- pós infarto (até 30 dias)
- variante de prinzmetal (elevação de ST sem alteração enzimática)

2.2 Infarto Não Q.

3. Exames complementares

- CkMB e Mioglobina
- CkMB de 6/6 horas no primeiro dia, caso seja normal a dosagem inicial
- Tropononinа cardíaca 1□ e 2□ dias
- ECG de 12/12 horas no primeiro dia e sempre que houver alguma intercorrência clínica; diário à partir do 2□ dia
- Rx de tórax
- Eletrólitos e coagulograma
- Angiografia de emergência

o Isquemia persistente e ou recorrente com tratamento otimizado
o Disfunção de VE
o Arritmias ventriculares
o Alteração difusa no ECG
o IAM prévio
o Infarto não Q

- Outros: de acordo com comorbidade e intercorrências.

4. Tratamento

- Tratar fatores desencadeantes (Que aumentam o VO2 ou diminuem oferta)

- Oxigênio 2 a 4 l/min (Manter SpO2□ 92%)
- Aspirina: 200 mg (mastigar e deglutir). Caso paciente seja alérgico a aspirina utilizar Ticlopidina (250 mg 12/12 h) ou clopidogrel (75 mg/dia).
- Nitrato
o Nitroglicerina: 5 a 350 □g/min, iniciar com 5 a 10□g/min e titular a cada 5 minutos para o efeito desejado. Utilizar por até 48 horas, se necessário após este período deve-se deixar intervalo livre de nitroglicerina.
o Mononitrato de isosorbida: 0,4 a 0,8 mg/Kg a cada 8 ou 12 h, infusão em 2 a 3 horas. Diluir em 100 ml de SF. Mudar para via tão logo seja possível.
- Betabloqueadores
o Endovenoso.

o Metoprolol: 5 mg em intervalos de 2 a 5 minutos, até efeito desejado (freqüência cardíaca em torno de 60 bpm) ou atingir 15 mg.

o Oral

o Metoprolol: 50 a 100mg de 12/12 h

o Atenolol: 50 a 100 mg/dia
- Heparina
o Não fracionada: 80 ui/Kg em bolos e manutenção com 18 ui/Kg/hora. Titular para atingir TTPa entre 1.5 a 2.0.
o Heparina de baixo peso molecular
o Enoxiparina:1mg/Kg de 12/12 horas (ou equivalente de outras HBPM)
o Utilizar heparina por pelo menos 5 dias
- Morfina: 2 mg EV a cada 5 minutos até alívio da dor, caso medidas anteriores não tenham eliminado o quadro
doloroso.
- Inibidores da glicoproteina IIb/IIIa
o Tirofibam: 0,4-g/kg em 30 minutos, a seguir 0,1□g/kg/hora por 48 - 96 horas. Indicado, especialmente, no grupo
de alto risco.
- Bloqueadores do canal de cálcio
o Estão indicados quando houver contraindicação aos beta-bloqueadores, falta de resposta clínica e ou
infarto não Q.
o Diltiazem: 30 a 60 mg a cada 6 ou 8 horas.
- Outros

o BIA: Em angina refratária ou instabilidade hemodinâmica

o Cateter de Swan-ganz: vide monitorização hemodinâmica.

5. Observações

5.1 Contraindicações aos beta-bloqueadores

- Bradicardia (FC < 60 bpm)
- Disfunção ventricular severa
- Bloqueio atrioventricular > 1□ grau
- Pressão sistólica < 90 mmHg
- Broncoespasmo
- Hipoperfusão periférica

5.2 Contraindicações aos nitratos

- Bradicardia (FC< 50 bpm)
- Taquicardia
- Pressão sistólica □ 90 mmHg
- Uso de sildenafil nas últimas 24 horas
- Infarto de ventrículo direito

5.3 Pacientes de alto risco

- Síndrome isquêmica persistente ou recorrente
- Depressão de ST - 1mm
- anormalidade difusas no eletrocardiograma
- Disfunção de ventrículo esquerdo
- Insuficiência cardíaca congestiva

6. Cuidados de Enfermagem

Enfermagem: Intervenções

01. Colocar o paciente em posição confortável;
02. Reduzir a dor e ansiedade do doente, através da terapêutica prescrita, transmitindo calma e segurança ao doente;
03. Avaliação dos parâmetros vitais;
04. Promover a determinação / confirmação pela realização imediata de ECG;
05. Avaliar características e tipos de dor;
06. Monitorização do ritmo e frequência cardíaca constante e permanente;
07. Colheita de espécimes para análise, providenciando o rápido envio ao laboratório;
08. Administração de terapêutica prescrita;
09. Instalar cateter venoso periférico para administração terapêutica;
10. Manter em ambiente o mais calmo possível;

11. Encaminhar o paciente para realização de exames conforme solicitado.

7. Médico:

01. Atuar de acordo com plano terapêutico.

8. Enfermagem:

01. Atuar de acordo com o plano de cuidados.

9. Bibliografia:

NA.

PTC UTI 003 – DELÍRIO

1. Conceito

Delírio ou estado confusional agudo é um distúrbio psiquiátrico agudo, transitório, de causa orgânica, caracterizado por
alteração da cognição e nível de consciência, consequente a uma doença de base, medicamento e ou suspensão de
drogas.

2. Fatores de Risco

- Idade avançada
- Doença de base severa (Cirrose hepática, Insuficiência renal)
- Privação sensorial (Visual, auditiva)
- Déficits sensoriais (Visual, auditivo)
- Privação do sono
- Imobilidade
- Uso de medicamentos
- Suspensão de medicamentos ou drogas (Benzodiazepínicos, álcool, barbitúricos, opióides)
- Distúrbios metabólicos: Hipóxia, distúrbio hidroeletrolítico, Infecção
- Outros: Demência, HIV-SIDA, Parkinson

3. Diagnóstico

3.1 Clinica

- Oscilação do nível de consciência (alerta-sonolento-agitado)
- Pensamento desorganizado
- Distúrbios do senso - percepção (Ilusão ou alucinação visual)
- Alteração do ciclo sono - vigília
- Alteração do comportamento psicomotor
- Desorientação têmporo espacial

3.2 Método CAM-ICU (Confusion assesment method para a UTI)

- Início agudo e curso flutuante do estado mental
- Desatenção
- Pensamento desorganizado
- Nível de consciência alterado

Segundo este método o paciente seria diagnosticado como portador de delírio se satisfizesse os itens
2.1 e 2.2 mais 2.3 e ou 2.4.

3.3 Exames laboratoriais

- Rotina
- Rx de tórax
- Outros exames de acordo com a suspeição clínica (Hormônios, ECG, tomografia cerebral, exame de líquor)

4. Diagnóstico Diferencial

- Depressão
- Demência
- Psicose
- Síndrome neuroléptica maligna

5. Classificação

- Hiperativo: Agitação, desorientação. Pode ser confundido com estados psicóticos.
- Hipoativo: Pode ser confundido com depressão e demência.

6. Tratamento

6.1 Profilaxia

A profilaxia é mais efetiva em reduzir complicações do que o tratamento do paciente. Deve-se humanizar o ambiente, dar
informações freqüentes ao paciente, permitir visitas e acompanhantes.

6.2 Tratamento do(s) fator(es) causal(is)

Deve-se identificar os distúrbios presentes e corrigi-los. Tratamento da hipóxia, de infecção, dos distúrbios
hidroeletrolíticos, da disfunção endócrina, suspenção de drogas causadoras e abordagem das síndromes de abstinência
são exemplos de intervenções que poderão ser necessárias.

6.3 Manuseio farmacológico

Os benzodiazepínicos são utilizados nas síndromes de abstinência ou em associação ao halopeirdol. O haloperidol é a droga de eleição para tratamento sintomático do delírio. A dose varia amplamente, devendo ser
titulada, utilizando-se pequenas doses a curtos intervalos até a obtenção do efeito. Em casos leves pode ser usada a via
oral, porém na formas severas a via parenteral é a de eleição. Atingindo o efeito desejado, já no segundo dia se inicia a
redução progressiva do fármaco (½, ¼,1/8).

Os novos neurolépticos, risperidone e olanzapina, são alternativas ao haloperido, porém não existe apresentação
parenteral e a experiência é ainda limitada.

7. Bibliografia:

NA.

PTC UTI 004 - DESMAME DA VENTILAÇÃO MECÂNICA

1. Conceito

Denominamos desmame ao período e cuidados necessários para suspensão do suporte ventilatório.

2. Critérios para Início do Desmame

2.1 Após estabilização da condição clínica de base

Avaliação diária dos pacientes para se identificar quais estão em condições de se iniciar o desmame.

2.2 Parâmetros gerais: refletem a resolução das causas que levaram a necessidade de suporte ventilatório

- Resolução ou melhora da causa da falência respiratória
- Suspensão ou diminuição de drogas vasoativas e bloqueadores neuromusculares
- Nível de consciência adequado (Capacidade de proteção das vias aéreas)
- Estabilidade hemodinâmica, sem uso ou com suporte inotrópico e/ou vasoativo mínimo (<5□g/min), PAM>60 mmHg,

sem isquemia miocárdica ativa.

- Desordens metabólicas e/ou eletrolíticas corrigidas (K, Ca, Mg, P)
- Equilíbrio ácido básico adequado
- Nenhuma expectativa de cirurgia de grande porte nas próximas 48 horas
- Boa mecânica ventilatória
- Sem broncoespasmo
- Focos infecciosos controlados

2.3 Capacidade de oxigenação (troca gasosa adequada)

- PaO2 > 60 mmHg
- Sp O2 > 90%
- FiO2 □0,4
- Peep entre 5 e 8 cmH2O
- PaO2/FiO2>150-200

2.4 Capacidade de ventilação

- VC > 5 ml/Kg
- Fr < 35 inc/min
- Indice de Tobin (FR/VC) < 100

2.5 Observações

- Paciente com transtorno prévio da troca gasosa pode não satisfazer a estes critérios e, mesmo assim, ser

desmamado com sucesso.

- O objetivo no paciente com transtorno prévio da troca gasosa é atingir o seu estado de estabilidade basal.

3. Métodos de Desmame

3.1 Interrupção abrupta da ventilação

- Pacientes não pneumopatas
- Pós-operatório

Após rápida avaliação da tolerância à respiração espontânea o paciente é extubado

Manter monitorização por 2 horas em UTI ou RPA (oximetria, pulso, FR, FC, PA, nível de consciência)

Se apresentar sinais de intolerância, suspender desmame e retornar às condições ventilatórias prévias

3.2 Pacientes com insuficiência cardio-pulmonar

Quando o paciente satisfizer os critérios para início do desmame deve-se, imediatamente, fazer o teste de respiração

espontânea por 30 a 120 minutos. Caso haja tolerância suspender a ventilação mecânica.

A extubação deverá ser precedida de:

- Permeabilidade das vias aéreas: Desinsuflar o balonete, após ter aspirado a cavidade oral, e verificar fluxo via oral.
- Capacidade de proteção das vias aéreas: Eficácia da tosse, quantidade e características da secreção

traqueobrônquica.

O teste de respiração espontânea pode ser feito de duas maneiras:

3.2.1 Pressão de suporte: A pressão de suporte é ajustada para que o ventilador forneça o VC desejado.

Progressivamente reduzida, 2 a 4 cm de H2O, a cada 2 horas, até atingir 7 cm H2O. Com este nível de pressão

de suporte tolerado por 30 a 120 minutos o suporte ventilatório poderá ser suspenso.

3.2.2 Tubo T: Com os critérios de tentativa de desmame satisfeitos o paciente é, imediatamnete, colocado em tubo T.

A tolerância por 30 a 120 minutos autoriza a suspensão do suporte ventilatório.

4. Interrupção da Tentativa do Desmame

Critérios para suspender desmame

- FR >res/min

- Agitação, sudorese, rebaixamento do nível de consciência
- FC > 140 bpm
- Sat O2 < 90
- PAS > 180 ou < 90 mmHg

5. Causas da Falha do Desmame

5.1 Fatores que comprometem a capacidade de ventilação ou oxigenação:

- Sedação inadequada
- Disfunção miocárdica
- Alcalose metabólica
- Estado volêmico
- Lesões do SNC
- Desnutrição
- DPOC
- Miastenia
- Distúrbios eletrolíticos
- Alterações da parede torácica
- Polineuropatia

5.2 Fatores que aumentam a demanda ventilatória:

1. Dor não controlada
2. Ansiedade
3. Febre
4. Hiperalimentação
5. Redução da complacência
6. Auto Peep
7. Broncoespasmo
8. Secreção vias aéreas obstrução de cânula.

6. Conduta Após a Falha do Desmame

6.1 Pacientes que falharam ao desmame devem ser reavaliados para identificação e controle dos fatores causais.

6.2 Após falha o paciente deverá ser submetido ao suporte ventilatório convencional.

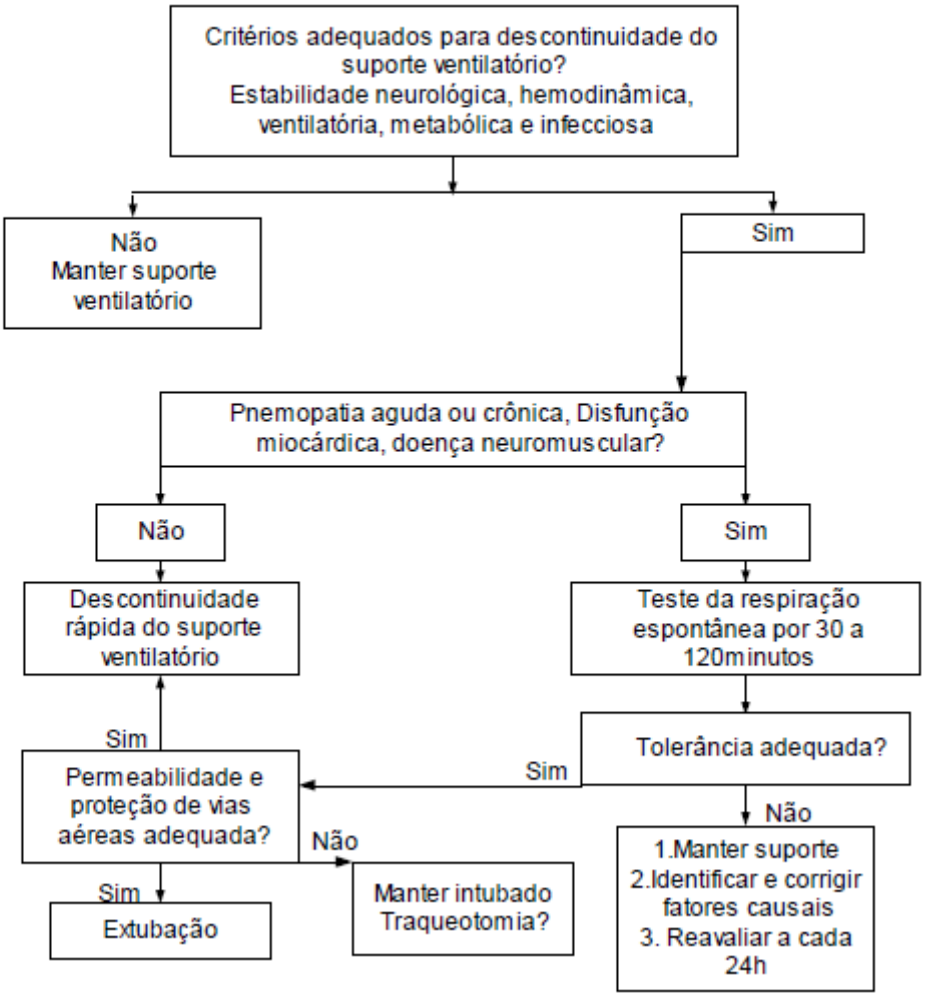
6.3 Após correção dos possíveis fatores responsáveis pela falha do desmame o paciente deverá ser reavaliada para
nova tentativa de desmame a cada 24 horas.

6.4 Pacientes que falharam a várias tentativas de desmame (desmame difícil) deverão ser submetidos a protocolo

específico para este fim. Deverão ser traqueotomizados e submetidos a tentativa de aumento diário progressivo
nos períodos de respiração espontânea. Preferencialmente deverão ser transferidos para unidades de menor
complexidade.

- Jejum de 6 horas
- Manobras de higiene brônquica
- Oxigênio suplementar
- Monitorização para sinais de falha do desmame

8. Algoritmo do Desmame



9. Bibliografia:

NA.

PTC UTI 005 - FEBRES HEMORRÁGICAS

1. Conceito

Consideramos febre hemorrágica todo quadro febril com início há menos de três semanas associado a fenômenos
hemorrágicos cutâneo, mucoso e ou visceral.

2. Etiologia

- Febre maculosa
- Leptospirose
- Meningococcemia
- Sepsis
- Febre tifóide
- Hepatites virais
- Dengue
- Hantavirose

3. Suspeição Clínica

3.1 Febre com até três semanas de evolução

3.2 Fenômeno heorrágico:

- Exantema purpúrico ou hemorrágico
- Epistaxe
- Hemoptise
- Gengivorragia
- Petéquias
- Equimose
- Melena

3.3 Epidemiologia

- Contato com animais silvestres
- Exposição a enchentes ou água de esgoto
- Picada de carrapato, piolho ou pulga
- Viagem recente para regiões endêmicas

4. Diagnóstico Laboratorial

- Rotina: Hemogram, glicemia, uréia, creatinina, eletrólitos, aminotrasferases, bilirrubinas, desidrogenase lática,
amilase, proteínas totais e frações, RNI, TTPa, plaquetas, gasometria arterial.

- Radiograma de tórax
- Hemocultura
- Urocultura
- Cultura de líquidos disponíveis
- Exames específicos: Detecção de anticorpo, de antígenos, parasitas de acordo com as hipóteses diagnósticas.

5. Tratamento Geral

5.1 Suporte clínico:
- Reposição volêmica
- Drogas vasoativas

5.2 Não utilizar aspirina ou anti-inflamatório não hormonal

5.3 Medidas específicas de acordo com o diagnóstico.

6. Abordagem em Casos Específicos

6.1 Leptospirose

6.1.1 Diagnóstico laboratorial:

- Sorologia para Leptospirose: Colher amostras pareadas à partir do final da primeira semana, com intervalo de duas
semanas. O aumento de quatro vezes o valor inicial indica vigência de infecção. O método de microaglutinação é considerado positivo quando igual ou superior a 1:800
- Cultura: Sangue ou líquor (1a semana) ou urina (2a semana).

6.1.2 Tratamento
- Reposição volêmica
- Diálise, se necessário
- Antibióticoterapia: Nos primeiros quatro dias da doença

o Penicilina cristalina: 6 a 12 milhões de unidades/dia

o Ampicilina: 50mg/Kg/dia.

6.2 Febre maculosa

6.2.1 Diagnóstico laboratorial:

- Imunofluorescência indireta: Colher amostras pareadas com intervalo de 1 a 2 semanas. É considerada positiva com
título igual ou maior que 1:64, e diagnostica com o aumento de quatro ou mais vezes a titulação.
- Reação de Weil-Felix: Sensibilidade e especificidade baixas

6.2.2 Tratamento
- Cloranfenicol: Fazer 50mg/Kg/dia, mantendo por três dias após o término da febre.
- Tetraciclina: Fazer 100mg de 12/12 horas (casos de menor gravidade).

6.3 Dengue

6.3.1 Diagnóstico laboratorial

- Prova do laço
- Sorologia: Detecção de IgG e IgM.

6.3.2 Tratamento

- Medidas gerais de suporte

6.4 Febre tifóide

6.4.1 Diagnóstico laboratorial

- Hemoculturas
- Coproculturas
- Urinocultura
- Reação de Widal: Considerada positiva em títulos maior que 1:80. O aumento da titulação em quatro ou mais vezes,

especialmente de Anti O, é altamente sugestivo de doença.

6.5 Tratamento

- Cloranfenicol: Na dose de 50mg/Kg/dia, máximo de 4g, por 10 a 14 dias.
- Ampicilina ou amoxacilina: Na posologia de 100mg/Kg/dia
- Sulfametoxazol/Trimetropim: Dose de 7 a 10mg/Kg/dia de Trimetropim
- Ceftriaxiona: Fazer de 2 a 4g/dia, em duas doses.
- Quinolonas: Ciprofloxacina, 500mg de 12/12 horas.

7. Bibliografia:

NA.

PTC UTI 006 – HIPERCALCEMIA

1. Conceito

Distúrbio eletrolítico caracterizado por elevação excessiva do cálcio sérico.

2. Quadro Clínico

- Assintomático
- Sintomas neurológicos: Letargia, Fraqueza, Psicose, Coma
- Constipação intestinal
- Poliúria e polidipsia

3. Etiologia

3.1 Falência da regulação do cálcio

- Hiperparatireoidismo
- Presença de PTH-Like (Malignidade)

3.2 Vitamina d anormalmente aumentada

- Intoxicação por vitamina D
- Granulomatose (Sarcoidose)

3.3 Outros

- Rebound após pancreatite aguda
- Rebound após rabdomiólise
- Insuficiência adrenal
- Hipertireoidismo
- Doença de Paget

4. Propedêutica

4.1 Laboratório

- Cálcio maior que 10,5 mg/dl

4.2 ECG: redução de QT

5. Tratamento

5.1 Aumento da excreção de Cálcio

- S. Fisiológico
- Furosemida: 20 a 40 mg EV de 6/6h

5.2 Diminuição da mobilização óssea

- Bifosfonatos: Pamidronato [60 a 90mg EV/dia]
- Calcitonina

5.3 Outros

- Corticosteróides [Hipercalcemia mediada pela Vit.D e Mieloma]
- Hemodiálise (Ins. Renal)

6. Bibliografia:

NA.

PTC UTI 007 – HIPERCALEMIA

1. Conceito

Concentração plasmática de potássio maior que o limite superior da normalidade.

2. Quadro Clínico

☐

☐ Fraqueza muscular

☐ Arreflexia, paralisia

☐ Arritmias cardíacas

3. Classificação

A gravidade da hjpercalemia deve ser julgada não só pelo nível sérico mas também pela presença e severidade de anormalidade no ECG.

4. Etiologia

4.1 Sobrecarga

4.1.1 Exógena:Infusão rápida (especialmente em Diabéticos, Beta bloqueados)

4.1.2 Endógena:

- Rabdomiólise
- Lise tumoral
- Hemólise

4.2 Dificuladade de Excreção

☐ Insuficiência renal

☐ Deficiência de aldosterona

☐ Doença de Addison

☐ Diabetes de longa duração

☐ Hipoaldohiporeninêmico

- Drogas

o Antagonistas de aldosterona (espirolactona)

o Diuréticos poupadores de potássio (Triantereno, amilorida)

o IECA

o Antiinflamatórios Não Hormonais

4.3 Redistribuição

- Acidose
- Déficit de Insulina
- Beta-bloqueadores
- Succinilcolina

- Acidificantes

5. Propedêutica

☐ Laboratório: K>.5,5 meq/l

☐ ECG:

☐ Onda T aumentada

o QRS alargado

o Onda P diminuida ou ausente

☐ Pseudo Hipercalemia: Hemólise, plaquetose, leucocitose.

6. Tratamento

☐ Da doença Subjacente

☐ Administração de sais de Cálcio

☐ Antagonismo direto sem afetar nível sérico

☐ Início de ação imediata

☐ Duração do efeito em torno de uma hora

☐ Gluconato de Cálcio a 10% [93 mg ou 4,6 meq de Cálcio]

☐ Fazer 10 ml EV, podendo ser repetido duas ou três vezes ao dia.

☐ Solução de Insulina com glicose

☐ Início de ação em 15 a 30 minutos

☐ Duração de 6 horas

☐ Fazer 10 unidades de insulina em 100 ml de Glicose a 50%.

☐ Bicarbonato de Sódio

☐ Utilizar especialmente se Houver acidose Metabólica

☐ Furosemida

☐ Resinas de troca iônica (Poliestireno sulfonato de sódio- Sorcal)

☐ Fazer 15 a 60 g de 4 ou 6/6h

☐ Diluir em 200 ml de água ou sorbitol

☐ Hemodiálise e diálise peritoneal

7. Bibliografia:

NA.

PTC UTI 008 – HIPERNATREMIA

1. Classificação e Etiologia

1.1 Hipervolêmica

- Administração de sais de sódio (NaCl, NaHCO3)
- Hiperaldosteronismo Primário
- Cushing

1.2 Hipovolêmica

1.2.1 Perda Extra-Renal de soluto Hipotônico

- Suor
- Diarréia
- Perda Renal (poliúria)

1.2.2 Diurese osmótica (Água e soluto)

- Diurético de alça
- Manitol
- Glicose
- Uréia (Pós-obstrutiva)

1.2.3 Diurese aquosa

1.2.3.1 ADH diminuido (Diabetes Insipidus)

- Trauma craniano
- Cirurgia
- Tumor de Hipófise
- Doença Vascular

1.2.3.2 Diminuição da resposta ao ADH (D.Insipidus Nefrogênico)

- Doença túbulo-interticial
- Lítio
- Demeclociclina
- Hipocalemia
- Hipercalcemia

2. Diagnóstico

2.1 Clínica

- Alteração do estado Mental
- Irritabilidade
- Tremores
- Confusão Mental
- Convulsão
- Coma

2.2 Laboratório

- Na >145 meq/l

3. Tratamento

3.1 Hipervolêmica

- Diuréticos para eliminar excesso de sódio e água
- Glicose a 5%.

3.2 Hipovolêmica

3.2.1 Por perda de água e soluto

Reposição volêmica com S.F

3.2.2 Por perda de água Pura

- Repor déficit com glicose a 5%
- Vasopressina Desmopressina (DDAVP)

$$\text{Déficit de água pura} = PC \times 0{,}6 \times \frac{\{\text{Na encontrado} - 140\}}{140}$$

4. Bibliografia:

NA.

PTC UTI 009 - INTOXICAÇÕES EXÓGENAS

1. Conceito

Exposição acidental ou intencional a substâncias tóxicas para o ser humano.

2. Diagnóstico

2.1 História de exposição: A coleta da história do paciente e de outras pessoas relacionadas ao mesmo é um ponto
chave para se obter dados essenciais na investigação do quadro. Deve-se inquerir sobre a via, tempo decorrido,
quantidade, associação de tóxicos.

2.2 Propedêutica clínica toxicológica

2.2.1 Sinais Vitais: Temperatura, Pressão arterial, Freqüência respiratória e cardíaca

2.2.2 Exame neurológico simples

- Nível de consciência
- Pupilas
- Resposta motora

2.2.3 Ausculta pulmonar

2.2.4 Ausculta intestinal

2.2.5 Pele: Cor, temperatura, umidade

2.3 Quadro clínico específico.

3. Exames Laboratoriais

3.1 Rotina

Sangue: Uréia, creatinina, eletrólitos, gasometria arterial

Urina: EAS

3.2 Radiografia de abdômen: Ingestão de substâncias radiopacas

3.3 Eletrocardiograma: Intoxicação por drogas capazes de produzir cardiotoxicidade

3.4 Outros: Deverão ser solicitados de acordo com o tipo de intoxicação e comorbidade do paciente.

4. Medidas Gerais

4.1 Estabilização: Verificar e corrigir as prioridades hemodinâmicas, ventilatórias e de troca gasosa. Em caso de
alcoolismo fazer 100mg de tiamina endovenosa ou muscular.

4.2 Controle das convulsões

- Benzodiazepínicos
- Difenilhidantoina

- Fenobarbital

4.3 Descontaminação cutânea

Quando houver exposição cutânea devemos de imediato, com precauções para não expor a equipe de

atendimento, retirar as roupas do paciente e lavar exaustivamente a região exposta.

4.4 Descontaminação digestiva

4.4.1 Lavagem gástrica

4.4.1.1 Indicações: A lavagem gástrica deverá ser realizada sempre que houver possibilidade de se reduzir a quantidade de tóxico absorvido, tais como:

- Ingestão recente (< uma hora) de substância potencialmente fatal que seja rapidamente absorvida pelo trato gastrintestinal
- Ingestão de substâncias que retardam o esvaziamento gástrico
- Ingestão de substâncias de absorção lenta
- Ingestão de substâncias que não adsorvem bem ao carvão ativado

4.4.1.2 Contra-indicações

- Ingestão de cáustico: É a única contra-indicação absoluta à lavagem
- Tempo de ingestão superior a seis horas
- Rebaixamento sensorial

4.4.1.3 Técnica

- Paciente em decúbito lateral e de cabeça abaixo do plano horizontal
- Usar sonda de grosso calibre (Via oral)
- Após a passagem aspirar exaustivamente pela sonda
- Infundir 150 a 300ml de água ou soro fisiológico e aspirar, repetir quantas vezes forem necessárias.

4.4.2 Uso do carvão ativado

4.4.2.1 Posologia

- Dose única: 50 a 100g diluído em 150ml de água ou soro fisiológico
- Dose repetida: 25 a 50 g de 2/2 a 6/6 horas

4.4.2.2 Contra-indicações: Não existe contra-indicação absoluta para o carvão ativado. Deve ser evitado na ingestão

de cáustico por atrapalhar a realização do exame endoscópico e quando for se utilizar algum antídoto por via digestiva.

4.4.2.3 Indicações de carvão em doses repetidas

- Carbamazepina
- Diazepam
- Digital
- Fenobarbital

- Difenilhidantoina
- Salicilato
- Teofilina
- Antidepressivos tricíclicos

4.4.2.4 Substâncias mal adsorvidas pelo carvão ativado

Ferro, Lítio, metais pesados, brometo,cáusticos, cianeto, Etilenoglicol, Metano, Álcool isopropílico.

4.5 Alcalinização urinária

Indicada especialmente na intoxicação por salicilatos, fenobarbital e antidepressivos tricíclicos.

4.6 Hemodiálise e hemoperfusão

Intoxicações graves por agentes dialisáveis.

- Indicações de hemodiálise: Etilenoglicol, Metanol, Lítio, Salicilato, Teofilina
- Indicações de hemoperfusão: Digital, Carbamazepina, Fenobarbital, Teofilina, Paraquat.

5. Antídotos

TÓXICO	ANTÍDOTO
Benzodiazepínicos	Flumazenil
Carbamatos	Atropina
Cumarinicos	Vitamina K
Digoxina	Anticorpos anti-digoxina
Ferro	Deforoxamina
Metanol e Eilenoglicol	Etanol
Opiáceos	Naloxane
Orgnofosforados	Atropina + Pralidoxima
Paracetamol	N-acetil cisteína
Metehemoglobinemia	Azul de metileno

6. Intoxicação por Barbitúricos

6.1 Clínica: Ataxia, disartria, labilidade emocional, nistagmo vertical e horizotal, rebaixamento do nível de consciência,

coma, insuficiência respiratória, insuficiência renal.

6.2 Exames complementares

6.2.1 Laborarório: Rotina, dosagem de barbitúrico

6.2.2 Rx de tórax

6.3 Tratamento

6.3.1 Medidas gerais

6.3.2 Lavagem gástrica se ingestão até uma hora

6.3.3 Carvão ativado em doses repetidas

6.3.4 Alcalinização urinária

6.3.5 Diurético osmótico: Manitol

6.3.6 Hemodiálise: Em casos graves

7. Intoxicação por Opiáceos

(Morfina, metadona, codeína, fentanil, meperidina)

7.1 Clínica: Rebaixamento sensorial, miose, depressão respirarória, edema pulmonar

Obs: Problemas associados com a administração endovenosa: Embolia pulmonar, doenças infecciosas.

7.2 Exames complementares

7.2.1 Rotina

7.2.2 Rx de tórax

7.3 Tratamento

7.3.1 Medidas gerais

7.3.2 Antídoto

Naloxone: 0,4 a 0,8 mg EV, repetir quantas vezes forem necessárias ou fazer infusão contínua.

8. Intoxicação por Antidepressivos Tricíclicos

(Amitriptilina, imipramina)

8.1 Clínica: (Inibe recaptação de noradreanlina, efeito anti-colinérgico, bloqueio alfa adrenérgico)

- Alteração do sensório: De alerta a comatoso (Alterações rápidas)
- Síndrome anti-colinérgica: Taquicardia, midríase, pele seca, retenção urinária, hipertermia.
- Agitação
- Convulsão

8.2 Exames complementares

8.2.1 Rotina

8.2.2 Rx de abdômen

8.2.3 ECG

8.3 Tratamento

8.3.1 Medidas gerais

8.3.2 Lavagem gástrica: Até duas horas após a ingestão

8.3.3 Carvão ativado em doses repetidas

8.3.4 Alcalinização urinária (Principal medida terapêutica)

8.3.5 Manter Ph urinário acima de 7,50.

9. Intoxicação por Agentes Anti-Colinesterásicos

(Organofosforados e carbamatos)

9.1 Clínica

9.1.1 Síndrome muscarínica: Broncoespasmo, broncorréia, miose, sialorréia, lacrimejamento, incotinência urinária,
diarréia, visão borrada, sudorese, vômitos, dor abdominal.
9.1.2 Síndrome nicotínica: Fasciculação muscular, fraqueza, ataxia, cãibras, paralisia, arritmias cardíacas, tremores,
convulsões.
9.2 Exames complementares
9.2.1 Rotina
9.2.2 Dosagem da colinesterase plasmática
9.3 Tratamento
9.3.1 Medidas gerais
9.3.2 Descontaminação:
- Retirada da roupa e lavagem da região exposta (se for o caso)
- Lavagem gástrica: até uma hora da ingestão
- Carvão ativado: Dose única
9.3.3 Antídotos
- Atropina
Pode ser usada com finalidade diagnóstica, fazendo-se 1mg EV e após dez minutos observar a resposta
pupilar e a freqüência cardíaca.
Terapeuticamente, utiliza-se 2 a 4 mg EV a cada 10 a 15 minutos, guiando-se pela melhora dos sinais
de hipersecreção.
- Pralidoxima (Contrathion)
Dose de ataque: 1 a 2 g EV em 5 a 15 minutos.
Manutenção: 400mg em intervalos de 4 a 12/12 horas. Manter ambos os antídotos enquanto houver
sintomatologia.

10. Intoxicação por Cocaína

10.1 Clínica: Hipertensão, taquicardia, arritmias cardíacas, infarto agudo do miocárdio, ataque isquêmico
transitório, acidente vascular cerebral isquêmico ou hemorrágico, convulsões, coma, rabdomiólise, pneumotórax,
pneumomediastino, hipertermia.
10.2 Exames complementares
10.2.1 Rotina

10.2.2 Creatinofosfoquinase
10.2.3 EAS
10.2.4 ECG
10.2.5 Outros: Tomografia de crânio, Rx de abdômen
10.3 Tratamento
10.3.1 Medidas gerais
10.3.2 Descontaminação
- Lavagem gástrica: Até uma hora após ingestão
- Carvão ativado: dose única
10.3.3 Tratamento da hipertermia
- Bolsas de gelo
- Usar ventilador
10.3.4 Tratamento das convulsões: Benzodiazepínicos, Difenilhidantoina ou fenobarbital
10.3.5 Tratamento das arritmias: Metoprolol ou esmolol (Cuidado com a hipertensão)
10.3.6 Tratamento da hipertensão
- Nifedipina
- Nitroprussiato de sódio
10.3.7 Tratamento da rabdomiólise

11. Intoxicação por Etanol

11.1 Clínica: Euforia, agitação, sonolência, torpor, coma.
11.2 Exames complementares
11.2.1 Rotina
11.3 Tratamento
11.3.1 Medidas gerais
11.3.2 Glicose endovenosa
11.3.3 Tiamina: 100mg EV ou IM

12. Intoxicação por Metanol e Etilenoglicol

Metabolização hepática produzindo derivados tóxicos, àcido fórmico (metanol) e ácido oxálico (etileno glicol).
12.1 Clínica
12.1.1 Metanol
- Distúrbios visuais (Visão borrada, escotomas)
- Cefaléia
- Náuseas e vômitos
- Dor abdominal

- Letargia
- Confusão mental
- Convulsão
- Coma

12.1.2 Etilenoglicol

- Estágio I (intoxicação, até 12 horas): Voz arrastada, ataxia, estupor, alucinação, convulsão, coma
- Estágio II (Cardiovascular, 12 a 24 horas): Hipertensão, taquicardia, miosite.
- Estágio III (Renal, 24 a 72 horas): Dor no flanco, oligúria, anúria.

12.2 Exames complementares

12.2.1 Rotina

12.2.2 Gasometria arterial (Calcular ânion-Gap)

12.2.3 Calcemia

12.2.4 EAS (Cristais de oxalato)

12.3 Tratamento

12.3.1 Medidas gerais

12.3.2 Lavagem gástrica: até 2 horas da ingesta

12.3.3 Corrigir a acidose

12.3.4 Inibição da produção dos metabólitos

- Antídoto:Etanol: Via oral (concentração de 30 a 50%) ou endovenosa (10%)
- Dose de ataque: 0,8 g/Kg
- Manutenção: 130mg/Kg/Hora

12.3.5 Hemodiálise

13. Intoxicação por Álcool Isopropílico

13.1 Clínica

- Cefaléia
- Tonteira
- Confusão
- Descoordenação
- Náuseas, vômitos e dor abdominal
- Taquicardia
- Miose
- Nistagmo

13.2 Exames complementares

13.2.1 Rotina

13.2.2 Cetonemia: Cetonemia sem acidose

13.3 Tratamento

13.3.1 Medidas gerais

13.3.2 Lavagem gástrica: Até no máximo duas horas da ingesta.

13.3.3 Infusão de glicose

13.3.4 Diálise: Raramente necessária.

14. Intoxicação por Ferro

14.1 Clínica

Fase I: (Gastrintestinal, até 12 horas)

- Náuseas, vômitos, dor abdominal, diarréia, hematêmese, hipotensão e choque.

Fase II: (Fase de melhora, 12 a 24 horas)

Fase III: (Lesão multi-orgânica, 24 a 48 horas)

- Choque
- Convulsões
- Febre
- Coma
- Disfunção hepática

14.2 Exames complementares

14.2.1 Rotina

14.2.2 Dosagem de ferro

14.2.3 Gasometria arterial

14.2.4 Função hepática

14.2.5 Radiograma de abdômen

14.3 Tratamento

14.3.1 Medidas gerais

14.3.2 Lavagem gástrica: até seis horas da ingesta.

14.3.3 Antídoto

- Deferoxamina: Utilizada em casos graves
- Dose de ataque: 1 g endovenoso ou intramuscular
- Manutenção: 500mg de 6/6 horas (Máximo de 6g/dia)

15. Intoxicação por Simpaticomiméticos

(Anfetamina, efedrina, cafeína, nafazolina, oximetazolina, anfepramona)

15.1 Clínica

Agitação, ansiedade, alucinação, psicose, convulsões, coma, acidente vascular cerebral (isquêmico ou hemorrágico),

hipertermia, hipertensão, taquicardia, bradicardia (efeito □).

15.2 Exames complementares

15.2.1 Rotina

15.2.2 Creatinofosfoquinase

15.3 Tratamento

15.3.1 Medidas gerais

15.3.2 Lagagem gástrica: até 2 horas pós ingestão.

15.3.3 Carvão ativado: Dose única

15.3.4 Hipertensão arterial: Nitroprussiato de sódio

15.3.5 Arritmias: Verapamil, beta-bloquedor (cuidado com a hipertensão)

15.3.6 Convulsão: Benzodiazepínico, difenilhidantoina ou fenobarbital.

15.3.7 Psicose: Benzodiazepínico.

15.3.8 Hipertermia: Retirar roupas, controlar convulsão, ventilador, humidificar o corpo.

16. Intoxicação por Anti-Hipertensivos

16.1 Clínica

16.1.1 Beta-bloqueador

Bradicardia, bloqueio átrio-ventricular (de graus variados), hipotensão, choque, rebaixamento do sensório.

16.1.2 Bolqueador de canal de cálcio

Bradicardia, bloqueio cardíaco, hipotensão, tonteira.

16.2 Exames complementares

16.2.1 Rotina

16.3 Tratamento

16.3.1 Medidas gerais

16.3.2 Lavagem gástrica: até 4 horas após a ingesta

16.3.3 Carvão ativado: dose repetida

16.3.4 Amina simpaticomimética: Dopamina ou noradreanlina

16.3.5 Atropina

16.3.6 Marca-passo

16.3.7 Glucagon

17. Intoxicação Digitálica

17.1 Clínica

Fraqueza, náuseas, anorexia, distúrbios visuais (Visão verde ou amarela, fotofobia, ambliopia).

17.2 Exames complementares

17.2.1 Rotina

17.2.2 ECG

Bradicardia, taquicardia atrial, extrasístoles ventriculares, bloqueio átrio-ventricular, fibrilação ou flutter atrial, ritmo
juncional, taquicardia ventricular, fibrilação ventricular.
17.3 Tratamento
17.3.1 Medidas gerais
17.3.2 Lavagem gástrica: Indicada na intoxicação aguda
17.3.3 Carvão ativado: Dose repetida na intoxicação aguda
17.3.4 Correção dos distúrbios eletrolíticos
17.3.5 Bradiarritmias: Atropina, marca-passo
17.3.6 Taquiarritmias
- Tratar da hipocalemia (intoxicação crônica)
- Sulfato de magnésio: Somente não usar se existir hipermagnesemia. Fazer 2g endovenoso em 20 a 30 minutos.
- Lidocaina
- Difenilhidantoina
17.3.7 Anticorpos anti-digoxina

18. Intoxicação por Cáusticos

(Soda caustica, água sanitária, ácido muriático, ácido sulfúrico)
18.1 Clínica
Depende de vários fatores:
- Ácido X Base
- Ingestão X inalação
- Estado físico (sólido x líquido)

Os agentes cáusticos determinam queimadura de mucosas e ou pele de intensidade e extensão variável.
18.2 Exames complementares
Na ingestão de cáusticos a endocospia digestiva deverá ser realizado nas primeiras 24 horas.
18.3 Tratamento
18.3.1 Lavar pele ou olhos, se atingidos.
18.3.2 Reposição volêmica
18.3.3 Analgesia
18.3.4 Bloqueador H2
18.3.5 Monitorização para sinais de perfuração
18.3.6 Antibióticos e corticosteróides são controversos.

19. Intoxicação por Acetoaminofen (Paracetamol)

19.1 Clínica

19.1.1 Pode ser assintomático, inicialmente.

19.1.2 Náuseas e vômitos

19.1.3 Á partir do terceiro dia se iniciam os sintomas de insuficiência hepática

19.2 Exames complementares

Função hepática

19.3 Tratamento

19.3.1 Lavagem gástrica: até 4 horas da ingestão

19.3.2 Carvão ativado: até 4 horas após a ingestão.

19.3.3 Antídoto:

- N- acetil-cisteina
- Ataque: 140mg/Kg
- Manutenção: 70mg/Kg de 4/4 horas por 72 horas.

20. Intoxicação por Salicilatos

20.1 Clínica

20.1.1 Náuseas e vômitos

20.1.2 Zumbido

20.1.3 Sudorese

20.1.4 Hiperventilação

20.1.5 Confusão

20.1.6 Letargia

20.1.7 Convulsão

20.1.8 Coma

20.1.9 Falência cardiovascular

20.2 Exames complementares

20.2.1 Rotina

20.2.2 Gasometria arterial

20.2.3 Coagulograma

20.2.4 Provas de função hepática

20.3 Tratamento

20.3.1 Medidas gerais

20.3.2 Lavagem gástrica: até 4 horas da ingestão

20.3.3 Carvão ativado em doses repetidas

20.3.4 Alcalinização: Infundir bicarbonato para corrigir a acidose e manter Ph urinário alcalino.

20.3.5 Diálise: Hemodiálise

21. Intoxicação por Teofilina

21.1 Clínica

Pode se apresentar com um quadro agudo ou crônico

21.1.1 Náuseas - vômitos

21.1.2 Taquicardia

21.1.3 Arritmias supraventriculares e ventriculares

21.1.4 Hipotensão

21.1.5 Agitação – Hiperreflexia – convulsão

21.1.6 Hipocalemia

21.2 Exames complementares

21.2.1 Rotina

21.2.2 Gasometria arterial

21.3 Tratamento

21.3.1 Medidas gerais

21.3.2 Lavagem gástrica: Até uma hora ou até quatro horas nas preparações de liberação lenta

21.3.3 Carvão ativado: Dose repetida

21.3.4 Hipotensão: Reposição volêmica e ou vasopressores

21.3.5 Tratamento das arritmias

21.3.6 Tratamento das convulsões

21.3.7 Hemoperfusão ou hemodiálise

22. Intoxicação por Agentes Indutores de Metehemoglobinemia

Os fármacos que mais comumente estão envolvidos são:Nitritos, nitratos, sulfas, lidocaina e dapsona

22.1 Clínica

22.1.1 Cianose

22.1.2 Náuseas e vômitos

22.1.3 Taquicardia

22.1.4 Cefaléia

22.1.5 Confusão mental

22.1.6 Convulsões

22.1.7 Coma

22.2 Exames complementares

22.2.1 Rotina

22.2.2 Gasometria arterial: Acidose metabólica

22.2.3 Bilirrubinas (Hemólise)

22.3 Tratamento

22.3.1 Medidas gerais

22.3.2 Azul de metileno: 1 a 2 mg endovenoso, podendo ser repetido a cada 4 horas

22.3.3 Oxigenioterapia

22.3.4 Exsanguineotransfusão (Mehemoglobina mair que 70%).

23. Bibliografia:

NA.

PTC UTI 010 - MORTE ENCEFÁLICA

1. Conceito

Definida quando há parada completa das funções do Sistema Nervoso Central, podendo haver preservação de funções medulares.

2. Generalidades

2.1 A notificação de morte encefálica, no entanto, é obrigatória havendo sanções penais caso este fato não ocorra. Art 13□ do capítulo IV da Lei n□ 9434 de 4 de Fevereiro de 1997.

As CNCDO (Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos) são entidades responsáveis pela

identificação e efetivação dos potenciais doadores, estando vinculadas ao órgão central, a SNT (Sistema

Nacional de Transplantes).

2.2 Potencial Doador – Paciente que detém características clínicas condizentes com coma grave mas que ainda necessita investigação a respeito de morte encefálica, sendo esta realizada com exame neurológico clínico apurado e exames de imagem confirmatórios. Nenhum paciente pode ser identificado como em morte encefálica antes da realização destas avaliações. O Protocolo de Morte Encefálica não pode ser realizado sem o consentimento da família.

2.3 Doador Cadáver – Pode consistir em doador com coração parado recente (doador sem batimentos) ou doador em Morte encefálica. No primeiro caso a família consente na retirada dos órgãos somente após a parada completa do coração, no segundo caso o coração ainda funciona e o paciente já tem o diagnóstico clínico e de imagem de Morte Encefálica.

2.4 Estado de Potencial Doador

Indicações: Se incluem como potenciais doadores aqueles pacientes que apresentam características

clínicas que permitem, através de manutenção das funções vitais, o aproveitamento dos órgãos após a

morte encefálica. As limitações pela idade estão cada vez mais restritas, e a presença de sorologia

positiva para hepatite não se consituem mais em contra-indicações absolutas à doação (doadores

limítrofes). Cabe às equipes de transplante, mediadas pela CNCDO, aceitar ou não o órgão em questão.

3. Contra-indicações Para Doação de Órgãos

Estão contra-indicados pacientes portadores de tumores malignos, com exceção dos carcinomas basocelulares da pele, carcinoma in situ de colo uterino e tumores primitivos do sistema nervoso central.

Tumores que não excluem o doador para doação:

Meningioma benigno
Adenoma de hipófise
Schwannoma de acústico
Craneofaringeoma
Astrocitoma pilocítico (grau I)
Cisto epidermóide
Cisto colóide do III ventrículo
Papiloma de plexo coróide
Hemangioblastoma
Tumor de células ganglionais
Pineocitomas
Oligodendroglioma de baixo grau (Schmidt A e B)
Ependimoma
Teratoma bem difenciado

Tumores em que o doador pode ser considerado para doação dependendo das características:

Astrocitoma de baixo grau (grau II)
Gliomatose cerebri

4. Protocolo de Morte Encefálica

Os familiares serão obrigatoriamente informados do início do procedimento para a verificação de morte encefálica. É
admitida a presença de médico de confiança da família no ato de comprovação e atestação da morte encefálica.

Todos os estabelecimentos de saúde devem comunicar a CNCDO, em caráter de urgência o diagnóstico de
morte encefálica.

PROTOCOLO DE MORTE ENCEFÁLICA (MODELO UNICAMP)

NOME: _____ IDADE:____SEXO:__
DATA DA INTERNAÇÃO: ___/___/___ HORA: ____
EXAMES CLÍNICOS – DATA E HORA: 1° EXAME: __/__/__
2° EXAME: __/__/__
1 – HISTÓRIA PREGRESSA E DIAGNÓSTICO DO COMA

2 – CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO
a – Causa imediata do coma: _____
b – Anormalidades corrigíveis: _____
c – Hipotermia – temperatura axilar -1° Exame:__ 2° Exame:__
d – Ausência do uso de drogas ou confirmar o tempo mínimo de suspensão: Barbitúricos: _____, Opiáceos: _____, Diazepínicos: _____, Relaxantes musculares: _____
e – Coma arresponsivo (SIM ou NÃO): 1° Exame:_ 2°Exame:__
3 – REFLEXOS PARA AVALIAÇÃO DA FUNÇÃO DO TRONCO CEREBRAL:

(presentes ou ausentes)	1° Exame	2° Exame
a – Fotomotor direto:	_____	_____
b – Córneo-palpebral:	_____	_____
c – Reflexos orofaríngeos (vômito):	_____	_____
d – Reflexos traqueais (tosse):	_____	_____
e – Óculo-cefálico:	_____	_____
f – Óculo-vestibular:	_____	_____
g – À estimulação dolorosa intensa supra-orbital observa-se:		
Reação pupilar (R. Cílio-espinal):	_____	_____
Alterações da frequência cardíaca:	_____	_____
Reações motoras:	_____	_____

4 – TESTE DA APNÉIA:
Movimentos respiratórios (presentes ou ausentes)
1° Exame: _____ (PaCo2 = ____ mmHg)
2° Exame: _____ (PaCo2 = ____ mmHg)
5 – ANGIOGRAFIA CEREBRAL
_____
6 – OUTROS EXAMES COMPLEMENTARES (quando realizados):
_____
CONCLUSÃO: Considerando os achados acima, certificamos o diagnóstico de:
_____
MÉDICOS:
NOME: _____ ASS:_____ CRM: ___
NOME: _____ ASS:_____ CRM: ___

INSTRUÇÕES PARA A APLICAÇÃO DO PROTOCOLO DE MORTE ENCEFÁLICA

O diagnóstico de morte encefálica se baseia na ausência de funções cerebrais, incluindo as do Tronco Cerebral,
podendo estar presentes os medulares, e na irreversibilidade deste estado pelo menos 6 horas após sua constatação
inicial.

1. Competência:

O protocolo será aplicado por dois médicos com adequado treinamento e experiência na sua aplicação, sendo um deles
neurologista ou neurocirurgião, mediante dois exames clínicos com intervalo de 6 horas, e conforme os critérios de

inclusão e exclusão antes de cada exame. Não deverá haver participação dos médicos da equipe de transplantes de
órgãos no diagnóstico de morte encefálica.
2. Critérios de Inclusão e Exclusão:
Idade: excluir pacientes com menos de dois anos de idade
Causa imediata do coma: seu conhecimento é obrigatório
Anormalidades corrigíveis: devem ser excluídos antes de cada exame (por exemplo: hipotensão, hipoglicemia, distúrbios
hidroeletrolíticos).
Hipotermia: a temperatura deve estar acima de 35□ C antes de cada exame.
Ausência do uso de drogas: devem ser excluídas as intoxicações com drogas depressoras do sistema nervoso central.
Na suspeita, aguardar o tempo mínimo de metabolização e excreção: 24 horas para barbitúricos, 12 horas para
opiáceos, 8 horas para diazepínicos e relaxantes musculares.
Coma arresponsivo: ausência de atividade motora espontânea ou a estimulos dolorosos eficientes, aplicadas em regiões
inervadas por nervos cranianos (incluindo ausência de reações de decorticação, decerebração e tremores). Reflexos
medulares podem estar presentes.
3. Reflexos para avaliação da função do tronco cerebral:
Fotomotor: ausência de reação pupilar após pelo menos 10 segundos (afastar possibilidade de pupilotonia) de
estimulação com oftalmoscopio de luz forte (midríase não é condição indispensável).
Corneo palpebral: Não deve haver reação de fechamento ocular após estimulação eficiente e cuidadosa de ambas as
córneas (prevenir lesões corneanas pela possibilidade de doação).
Reflexos orofaríngeos ou orotraqueais: Não deve ocorrer feflexo faringeo ou de vômito à estimulação da mucosa
orofaríngea, nem reflexo de tosse à estimulação da mucosa traqueal.
Reflexo óculo-cefálico: Não deve haver movimento dos olhos (conjugados ou não) à rotação passiva da cabeça para
ambos os lados, nem à flexão ou extensão da cabeça.
Reflexo óculo-vestibular: Não deve haver movimento dos olhos (conjugados ou não) à irrigação de cada conduto auditivo
externo com água ou soro fisiológico a 0□ C por pelo menos 1 minuto (com 5 minutos de intervalo entre a irrigação de um

conduto e outro, estando o paciente em proclive de 30□. Certificar-se, mediante otoscopia, que os conduto auditivos
estão pérvios e as membranas timpânicas íntegras (perfurações contraindicam o exame).
À estimulação dolorosa intensa da região supra-orbital (forte compressão com o dedo), mantida por pelo menos 10
segundos, devem estar ausentes:
- Reações pupilares (dilatação mediada pelo reflexo cílio-espinhal)
- Alterações significativas da frequência cardíaca, observadas no osciloscópio do monitor cardíaco (levar em
consideração pequenas variações que podem estar presentes antes da estimulação).
- Reações motoras da face, tronco e membros.
4. Teste da Apnéia:
Após 20 minutos de ventilação com O2 a 100%, manter 15 minutos de apnéia com cateter de O2 na cânula traqueal a 6
litros por minuto (durante todo o tempo de apnéia). Não deve haver movimentos respiratórios durante a realização do
exame. Colher gasometria arterial no início e no final do período de apnéia para quantificar os níveis de O2 e CO2 (PaO2
mínima para iniciar a apnéia = 200mmHg e PaCO2 mínima no final da apnéia = 60 mmHg).
5. Angiografia Cerebral deve mostrar ausência de perfusão encefálica.
6. Outros exames complementares:
devem mostrar ausência de perfusão, atividade metabólica ou bioelétrica do encéfalo

- Eletroencefalograma (EEG): isoelétrico (ausência de variações dos potenciais elétricos acima de 2 microvolts
durante dois registros de 30 minutos, com intervalo de pelo menos 6 horas)
7. Após o diagnóstico de Morte Encefálica, preenchimento do protocolo e assinatura do termo, comunicar o fato aos
responsáveis legais do paciente para doação de órgãos (ou para desligamento do aparelho de ventilação artificial,
caso o paciente não seja doador).

5. Exames Mínimos Necessários Para o Potencial Doador

- Tipagem sangüínea ABO
- Sorologias
o Anti-HIV, HTLV 1 e 2
o HbsAg, Anti-HBc, Anti-HBs
o Anti-HCV

o CMV e Toxoplasmose (resultados podem ser obtidos após o transplante)
o Chagas, Lues (VDRL)
- Hematologia
o Hemograma e plaquetas
Eletrólitos
o Na, K
Doador de Pulmão
o Gasometria arterial
o Radiografia de Tórax
o Medida da circunferência torácica
Doador de Coração
o CK, CKmb
o ECG
o Cateterismo (se maior que 45 anos)
Doador de Rim
o Uréia, creatinina
o Urina tipo 1 (EAS e piúria e hematúria quantitativas)
Doador de Fígado
o TGO, TGP, gama GT, Bilirrubinas
Doador de Pâncreas
o Amilase e glicemia
Infecções
o Culturas do sítio de origem.

6. Manutenção do Doador e Cuidados com a Retirada de Órgãos Específicos

- Monitoramento:
o Cardíaco contínuo
o Da saturação de oxigênio
o Da pressão arterial
o Da pressão venosa central
o Do equilíbrio hidroeletrolítico
o Do equilíbrio acido-base
o Do débito urinário
o Da temperatura corporal
- Medidas a serem tomadas
o Reposição de volume
o Infusão de drogas vasoativas

o Adequada oxigenação

o Manutenção do equilíbrio ácido-base

o Manter temperatura acima de 35□

o Prevenir e/ou tratar infecções

Retirada do coração:

o Administração de antibióticos de largo espectro

o Administração de metilprednisolona EV 15 mg/Kg em dose única

o Controle da hipotermia:

a – colchão térmico

b – fluidos endovenosos aquecidos à temperatura ao redor de 33 à 36□ C

c – recomenda-se o aquecimento do ar inspirado do ventilador

o Ajuste da volemia: manter PVC 6-10 mmHg

o Corrigir alterações respiratórias:

PO2 > 80 mmHg

Sat O2 > 95%

PCO2 entre 30 e 35 mmHg

o Corrigir alterações metabólicas:

Acidose: manter pH entre 7.40 – 7.45

Hipernatremia: Na > 145 mEq/L

Hipocalcemia: Ca < 3.5

Hipomagnesemia: Mg < 1.5

Hiperglicemia: manter 120 – 140 mg/dl

o Corrigir anemia Ht < 30%, Hb <10 (administrar concentrado de hemáceas).

o Controle do diabetes insípido (polaciúria > 7 mL/Kg/h), administrar vasopressina (DDAVP)

o Reposição hormonal, especialmente hormônio tireoideano, é altamente recomendada para recuperar

doadores limítrofes

T3 □ 4μg seguidos de infusão de 3 μg / h

T4 □ 10μg seguidos de solução de 200 μg de T4 diluídos em 500 ml de glicose 5% - 4 a 12 μg por

minuto

O uso de todos os recursos de monitorização hemodinâmica (cateter de Swan-Ganz), ecocardiografia, cateterismo

cardíaco e tratamento agressivo são desejáveis.

Retirada dos pulmões:

Semelhante à retirada do coração, acrescentando:

o VENTILAÇÃO:

☐ Manter com a menor FIO2 possível (40%),

☐ PEEP de 5 cm H2O,

☐ Pressão intratraqueal de 15 a 20 cm de H2O,

☐ Volume corrente de 10 mL/Kg de peso

o Radiografia de tórax recente

o Gasometria arterial colhida com FIO2 de 100%, PEEP de 5 cm de H2O e volume corrente de 12 – 15 mL/Kg.

o Broncoscopia

o São fundamentais os usos de:

☐ Cateter nasogástrico calibroso aberto

☐ Insuflação adequada do balonete traqueal (evitar a aspiração de conteúdo gástrico e da orofaringe para
árvore brônquica)

☐ Aspiração asséptica da secreção bronquica

☐ Judiciosa reposição volêmica baseada na medida das perdas ocorridas, optando-se sempre pelo uso de
colóides. O excesso de líquidos acentua o edema pulmonar, o que impede a utilização do pulmão.

Retirada do Fígado:

o Além das medidas comuns faz-se necessário:

☐ Administração de metilprednisolona EV (15 mg/Kg) em dose única antes da perfusão

☐ Antibiótico profilático, na ausência do uso terapêutico, a critério da equipe de retirada.

Retirada do Pâncreas:

☐ Expansão volêmica preferencialmente com colóides

☐ Realizar glicemia capilar a cada duas (2) horasa, repondo insulina endovenosa visando níveis glicêmicos
inferiores a 150mg/dl.

Retirada do Intestino:

o Os critérios de seleção iguais ao do doador de fígado

Excluir:

☐ Doador recebendo altas doses d fármacos vasoativos

☐ Doador com sorologia positiva para citomegalovírus (CMV) quando o receptor for negativo.

o Descontaminação intestinal do doador:

Solução com:

SF 0.9% - 250 ml

Anfotericina B - 500mg

Metronidazol – 400mg

Amicacina – 500mg

- Infundir por cateter nasogástrico

o Em crianças utilizar 10 ml/Kg da solução acima

o Antibioticoterapia profilática: cefotaxima e ampicilina

Retirada dos rins

Igual ao fígado



7. Bibliografia:

NA.

PTC UTI 011 – RABDOMIÓLISE

1. Conceito

Refere-se á desintegração da musculatura estriada e a conseqüente liberação de seu conteúdo celular no fluido extracelular e na circulação.

2. Causas

- Trauma e compressão
o Síndrome do esmagamento
- Oclusão vascular
o Trombose, embolia ou ligadura vascular com necrose de massa muscular volumosa
- Hiperatividade muscular
o Exercícios prolongados e extenuantes
o Convulsões
o Choque elétrico
o Agitação psicomotora
- Hipertermia
o Hipertermia maligna
o Síndrome neuroléptica malígna
- Miopatias metabólicas
- Drogas e toxinas
o Estatinas
o Álcool
o Cocaína
o Anfetamina
- Infecção
o Septicemia
o Piomiosite
o Síndrome do choque tóxico
- Distúrbios metabólicos
o Hipernatremia
o Cetoacidose
o Hiperosmolaridade
o Hipofosfatemia
o Hipocalemia
o Hipocalcemia

3. Diagnóstico

- Clínica: A rabdomiólise não apresenta uma clínica específica. Deverá ser suspeitada em todo paciente com um fator de risco para a mesma associada a alteração da cor da urina (Cor do vinho do porto).

- Laboratório

o Sangue

☐ Dosagem de creatino fosfoquinase: a dosagem desta enzima é o principal elemento diagnóstico, pois se mantém elevado no sangue por vários dias. Devemos excluir outras fontes de elevação da enzima (Cérebro, coração). Na rabdomiólise a CK deverá estar pelo menos cinco vezes o valor normal, geralmente atingindo níveis muito elevados.

☐ Dosagem de mioglobina: A desvantagem é normalização do sue valor em aproximadamente seis horas após o evento.

☐ Dosagem da haptoglobina: Serve para diferenciar da hemoglobinúra, pois nesta circunstância a sua dosagem estará muito baixa.

o Urina

☐ Elementos anormais: O exame com fita evidenciará a presença de grupo heme na urina, não diferenciando de hematúria e da hemoglobinúria.

☐ Sedimento urinário: Evidenciaria a presença de hemáceas caso haja hematúria.

	Rabdomiólise	Hemólise	Hematúria
Cor avermelhada do plasma	-	+	-
Teste urinário de fita	+	+	+
Eritrócitos no sedimento	-	-	+
CK no sangue	+	-	-

Quadro diferencial entre Rabdomiólise, Hemólise e Hematúria

4. Tratamento

- Da doença de base

- Reposição volêmica: È a medida específica de maior importância, tendo em vista o quadro de hipovolemia que os pacientes apresentam e a principal complicação da rabdomiólise, a insuficiência renal. Manter fluxo urinário maior que 50 ml/hora.

- Alcalinização urinária

A reposição volêmica poderá ser feita com o esquema:

Solução fisiológica - 1000ml

Glicose a 5% - 900ml

Bicarbonato de sódio - 100ml

- Manitol

Infundir manitol a 20% em uma velocidade 10ml/hora caso o fluxo urinário esteja acima de 20ml/hora.

- Outras medidas: Diálise

5. Bibliografia:

NA.

POP UTI 012 - SEDAÇÃO

1. Conceito

Redução farmacológica do nível de consciência e da ansiedade com o objetivo de se obter desde o conforto do paciente até a abolição completa do comando ventilatório, dependendo da meta a ser atingida.

2. Monitorização do Nível de Sedação

Visa se atingir nível satisfatório de sedação, evitando eventos indesejáveis, tais como desconforto, agitação, extubação acidental, hipertensão, taquicardia por sedação inadequada bem como a sedação profunda, com hipotensão, íleo paralítico, bradicardia, úlceras de decútito, entre outros eventos que prejudicam a evolução do paciente.

Utilizamos a escala de Ramsay.

Nível 1	Ansiedade e ou agitação
Nível 2	Tranqüilidade, cooperação e orientação
Nível 3	Responsividade ao comando verbal
Nível 4	Responsividade franca à estimulação auditiva intensa ou à estimulação da glabela
Nível 5	Resposta débil à estimulação auditiva intensa ou à compressão da glabela
Nível 6	Irresponsividade

3. Fármacos

3.1 Midazolam

Características: Benzodiazepínico hidrossolúvel

Metabolização hepática com metabólito ativo (1☐ -OH midazolam)

Efeitos sedativo, hipnótico, anti-convulsivante, relaxante muscular e depressora simpática.

Posologia: Ataque ☐ 0,03 a 0,3 mg/Kg

Manutenção ☐ 0,012 a 0,6 mg/Kg/h

3.2 Diazepam

Características: Benzodiazepínico de ação prolongada (meia vida de eliminação de 46 a 78 horas)

Metabolização hepática, apresenta metabólito ativo (desmetil-diazepam) de eliminação renal. Pouco hidrossolúvel,

exigindo o uso do propileno-glicol, agente esclerosante e acidificante.

Posologia: Ataque ☐ 0,2 a 0,3 mg/Kg

Manutenção ☐ 0,4 a 10 mg/Kg/dia, podendo ser feito em intervalos de 3 a 8 horas. Em doses maiores, infundir o

diazepam puro em 2 a 3 horas.

3.3 Propofol

Características: Hipnótico, não analgésico

Meia vida (T1/2□ de 2 a 4 min e T1/2□ de 3 a 12 h) e amplo volume de distribuição o que confere um despertar rápido
Metabolização hepática, sem metabólitos ativos, liposolúvel.
Hipotensor, porém não altera a freqüência ou o débito cardíacos Broncodilatador.
Posologia: ataque □ 0, 5 a 3 mg/Kg
Manutenção □ 0,3 a 3 mg/Kg/h

3.4 Cetamina
Características:
Hipnótico e sedativo (antagonista do NMDA)
Metabolização hepática, metabólitos ativos, meia vida (1.5 a 3 h).
Estimula a atividade adrenérgica (taquicardia e hipertensão)
Broncodilatador e aumenta a pressão intracraniana.
Posologia: ataque □ 0,25 a 0,5 mg/Kg.
Manutenção □ 0,5 a 1 mg/Kg/hora

3.5 Haloperidol
Características: Butirofenônico, antipsicótico-neuroléptico
Meia vida: T1/2□ de 11 minutos e T1/2□ de19 horas
Pode induzir a síndrome neuroléptica malígna
Posologia: Individualizada de acordo com a resposta
Fazer 1 a 10 mg via oral ou endovenosa a cada 30 a 60 minutos até obter o efeito desejado. Ampolas de 5 mg e gotas (2mg/ml).
3.6 Dexmedetomidina
Características: Agonista alfa adrenérgico seletivo, sedativo, hipnótica, analgésico.Meia vida: 2-3h
Pode causa hipotensão ou hipertensão
Posologia: Ataque 1mcg/kg em 10 min
Manutenção: 0,2 – 0,7 mcg/kg/h

4. Recomendações

- Em sedação de curta duração (até 48 horas) recomenda-se o midazolam
- Sedação prolongada deve ser feita com diazepam devido ao menor custo
- O haloperidol é a droga de eleição no tratamento do delírio e da agitação
- O propofol é a droga de escolha para sedação de curta duração no doente neurológico em que se pretende realizar exames neurológicos periódicos.

- Deve se manter nível de sedação 2 a 3, somente o nível 4 em circusntâncias especiais (Hipertensão endocraniana severa, dificuldade de sincronismo paciente respirador por mecânica pulmonar muito deteriorada).

5. Bibliografia:

NA

PTC UTI 013 - SÍNDROME COMPARTIMENTAL DO ABDÔMEN

A síndrome do compartimento abdominal se caracteriza pela disfunção orgânica em conseqüência do aumento da pressão intra-abdominal.

Os órgãos e sistemas mais acometidos são o renal, respiratório, cardiovascular, parede abdominal, esplâncnico e neurológico.

A não ser em níveis extremos de pressão intra-abdominal em que a disfunção orgânica sempre estará presente, a caracterização da síndrome não pode ser feita simplesmente utilizando o valor da pressão intra-peritonial, mais sim a associação da mesma com dados clínicos, fisiológicos e laboratoriais demonstrando a disfunção orgânica.

1. Etiologia

A lista de possíveis causas da síndrome do compartimento abdominal é extensa, porém um fator comum a praticamente todas é a necessidade de reposição volêmica maciça para conseguir estabilidade hemodinâmica. Isto decorre de perda acentuada e às vezes persistente de sangue ou outros fluidos e muitas vezes se associa também a síndrome do vazamento capilar, comum nestes pacientes em estado crítico. Esta última explicaria o aumento de pressão intra-abdominal que pode ocorrer no grande queimado e no choque séptico. Apesar de extensa destaca-se em importância o trauma abdominal severo e as grandes cirurgias abdominais.

Esquematicamente podemos citar:

1.1 Causas agudas

1.1.1 Origem retroperitonial

Pancreatite necro-hemorrágica, ruptura bloqueada de aneurisma de aorta, cirurgia aórtica, hematoma e abscesso retroperitoniais.

1.1.2 Origem intraperitonial

Trauma abdominal, cirurgia abdominal extensa, ruptura de aneurisma aórtico, distensão gástrica aguda, obstrução intestinal, íleo, insuficiência venosa mesentérica, pneumoperitônio, abscesso, edema visceral e tamponamento abdominal.

1.1.3 Parede abdominal

Escara de queimadura, reparo de gastrosquise e onfalocele, fechamento de laparotomia sob tensão, redução de grandes hérnias, roupa anti-choque.

1.2 Causas crônicas

Obesidade central, ascite, gravidez, diálise peritonial.

2. Clínica

A suspeição clínica de hipertensão intra-abdominal deve ser feita em todo paciente com fator de risco para a mesma e que apresente algum dado clínico sugestivo. Destacamos as seguintes manifestações:

- Abdômen tenso ou distendido. É importante enfatizar que a impressão clínica com relação ao aumento da pressão abdominal por estes dados apresenta falso positividade e negatividade consideráveis.
- Redução do Volume urinário.

A oligúria é um sinal importante e quase sempre presente nestes pacientes, podendo chegar à anúria em situações mais graves.

- Aumento de pressão em vias aéreas.

Freqüentemente o cenário da SCA se estabelece em pacientes com eventos catastróficos e, por conseguinte geralmente estão em ventilação mecânica, sendo o aumento de pressão em vias aéreas um dado comum e importante no diagnóstico.

- Transtornos na hemodinâmica

A queda do débito cardíaco é também constante nestes pacientes, porém o aumento da resistência vascular pode falsear estabilidade hemodinâmica. Observa-se comumente déficit de base secundário á acidose lática. O perfil hemodinâmico evidencia queda do índice cardíaco, aumento da resistência periférica e, freqüentemente, aumento das pressões de enchimento.

3. Diagnóstico

O diagnóstico da SCA se baseia em um tripé:

1º. Presença de um fator de risco

2º. Clínica sugestiva

3º. Medida da pressão abdominal

A pressão abdominal depende de vários fatores, tais como posição do paciente e diâmetro sagital do abdômen, sendo encontrado valores de 0 a 13mmHg em indivíduos normais. A pressão pode ser aferida diretamente por cateter intraperitonial ou indiretamente, através da medida de pressão em órgãos intra-abdominais. A medida direta é o padrão ouro, porém é pouca prática e não isenta de riscos. Indiretamente já se utilizou a medida da pressão intra-gástrica, retal, de veia cava inferior; sendo que todas estas medidas não se mostraram confiáveis ou seguras. A medida de pressão vesical tem provado ter correlação com a pressão intra-abdominal em margem de até 70mmHg, exceto em algumas situações como a bexiga neurogênica ou atrófica. Para realizar a medida utiliza-se o local de coleta de urina para cultura na sonda de Foley, introduzindo-se no mesmo uma agulha 18G ou um angiocateter. Após ter infundido 50 a 100 ml de salina na bexiga com pinçamento distal prévio, esvazia-se a seguir o ar do sistema para impedir o efeito de "dumping" e conecta-se a um manômetro hidráulico ou transdutor de

pressão. A zeragem é feita a nível da sínfise pubiana. O valor da pressão isoladamente, salvo em situações extremas, não permite inferir a gravidade do quadro, o qual dependerá da magnitude da hipertensão e distúrbios associados. Existem trabalhos sugerindo a monitorização da pressão vesical rotineira em pacientes de risco para permitir o diagnóstico mais precoce e, por conseguinte, melhorar o prognóstico. O grupo de Burch fez uma classificação e propôs o tratamento de acordo com o grau da síndrome, classificação que descrevemos a seguir:

Grau I. Pressão de 10 a 15 mmHg. Raramente ou talvez nunca apresentariam transtornos importantes, sendo aconselhável manter a normovolemia.
Grau II. Pressão de 16 a 25 mmHg. Este grupo já apresenta risco significativo, principalmente se houver outros fatores contribuintes. Aconselham ressuscitação hipervolêmica.
Grau III. Pressão de 26 a 35 mmHg. Mais de 60% destes pacientes apresentam disfunção orgânica, exigindo descompressão.
Grau IV. Pressão acima de 36 mmHg. Pacientes extremamente graves, exigindo descompressão e re-exploração programada.

4. Tratamento

O único tratamento efetivo da síndrome de compartimento abdominal é a descompressão. Evidentemente que os transtornos associados potencializadores da entidade têm que ser tratados, sendo a restauração de volemia adequada de importância capital. Alguns pacientes se tornam instáveis com níveis menores de pressão abdominal por causa destes transtornos, porém a manutenção de dados clínicos ou laboratoriais de instabilidade orgânica associada à síndrome exige pronta descompressão abdominal, não devendo ser protraída a indicação da mesma. No ato operatório, realiza-se a aspiração de sangue e outros fluidos, retirada de tamponamento prévio, se possível, e hemostasia. Em caso de presença de fechamento prévio somente da pele com grampos (Towel clips) a simples liberação de alguns grampos pode ser satisfatória. A decisão do cirurgião, muitas vezes difícil, é se deve ou não realizar o fechamento primário ou realizar um fechamento por estágios para impedir a recidiva do quadro. Na vigência óbvia de fechamento sob tensão excessiva não há dúvida de que se deve recorrer a um fechamento provisório, utilizando vários materiais (telas dos mais variados materiais, bolsa de coleta de urina estéril, chamada bolsa de Bogotá) para descomprimir o paciente. O fechamento definitivo deverá ser feito após estabilização do quadro, podendo demorar dias a semanas. Na impossibilidade de fechamento por período prolongado recorre-se a enxerto de pele total para proteger o defeito na parede.

5. Bibliografia:

NA.

PTC UTI 012 – TAQUIARRITMIAS

1. Conceito

Definimos como taquiarritmia em adulto a presença de ritmo não sinusal com freqüência igual ou superior a 120 batimentos por minuto.

2. Avaliação Inicial Rápida de Aspectos Essenciais

2.1 Estabilidade hemodinâmica

O conceito de estabilidade hemodinâmica nos pacientes com arritmias cardíacas é mais flexível, tendo como objetivo selecionar pacientes para uma imediata conversão do ritmo através da cardioversão ou se é possível aguardar por ação das drogas anti-arrítmicas. É considerada instabilidade hemodinâmica a detecção de:

- Baixa perfusão cerebral: Presença de síncope ou rebaixamento agudo do sensório.
- Congestão pulmonar
- Angina
- Hipotensão arterial severa: Pressão arterial sistólica menor que 90mmHg.

2.2 Origem do ritmo

- Ritmos supraventriculares: São as taquiarrtimias de QRS estreito, por definição duração menor que 120ms.
- Ritmos ventriculares: São arritmias de QRS largado com critérios de origem ventricular.
- Ritmos de origem incerta: São as taquiarritmias de QRS alargado em que não se conseguiu definir a origem ventricular ou supraventricular das mesmas.

2.3 Mecanismo da arritmia

Este fator é importante devido ao fato de as arritmias automáticas não responderem à cardioversão.

- Arritmias ectópicas ou automáticas
- Arritmias por reentrada

Como caracteres diferenciais entre ambas podemos citar:

- Fenômeno de aquecimento: Aceleração e desaceleração progressivos, presentes nas arritmias por automatismo, ao contrário do início e término abruptos das arrtimias por reentrada.
- Respostas às manobras vagais: As arritmias por reentrada podem responder às manobras vagais enquanto que as automáticas são não responsivas às mesmas.
- Relação com extrasistolias: As arritimias por reentrada podem ser iniciadas ou extintas por extrasístoles.

2.4 Duração da arritmia

Este tópico é importante na definição da conduta da fibrilação e flutter atriais.

- Duração menor que 48 horas

- Duração maior que 48 horas ou incerta

3. Classificação

3.1 Taquiarritmias supraventriculares

3.1.1 Taquicardia sinusal inapropriada

- Reentrante

- Automática

3.1.2 Taquicardia atrial

- Ectópica

- Reentrante

3.1.3 Flutter atrial

3.1.4 Fibrilação atrial

3.1.5 Taquicardia atrial multifocal

3.1.6 Taquicardia juncional

3.1.7 Taquicardia paroxística

3.2 Taquiarritmias ventriculares

3.2.1 Taquicardia ventricular monomórfica

3.2.2 Taquicadia ventricular polimórfica

3.3 Taquiarritmias de origem incerta

Inclui todas as taquiarritmias com QRS alargado em que não se definiu a origem da mesma.

Inclui as taquicardias ventriculares, as supraventriculares com condução aberrante (distúrbio intraventricular da
condução) e as taquiarritmias mediadas por via acessória (com estimulação ventricular através da via acessória).

3.3.1 Taquicardias ventriculares

3.3.2 Taquicardias supraventriculares com condução aberrante. Inclui as listadas no item 3.1, excluindo as com ritmo
irregular (Fibrilção atrial, flutter atrial com bloqueio variável, taquicardia atrial multifocal).

3.3.3 Taquicardias mediadas por vias acessória

- Taquicardia sinusal

Reentrada ou automática

- Taquicardia atrial

Ectópica ou reentrante

- Flutter atrial

- Taquicardia paroxística antidrômica

- Taquicardia de Mahaim

4. Diagnóstico

- História clínica
- Eletrocardiograma de doze derivações
- Manobras vagais
- Derivação esofágica
- Estudo eletrofisiológico

5. Tratamento

5.1 Cardioversão

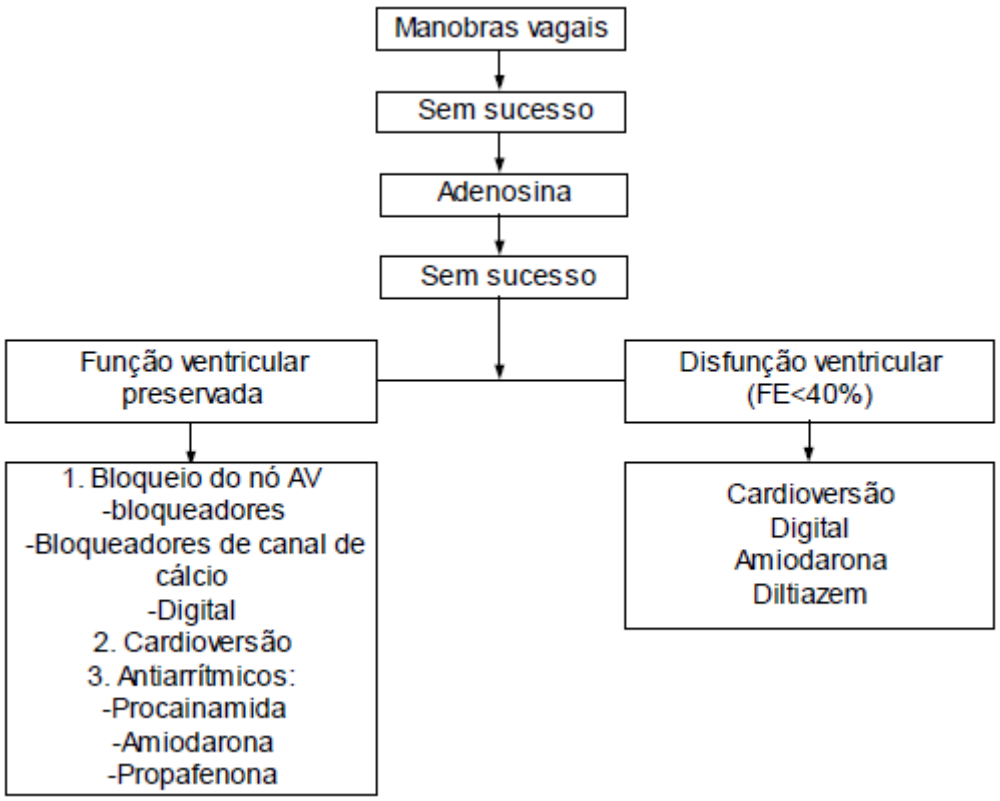
A cardioversão deverá ser utilizada de imediato nos pacientes com sinais de gravidade, os quais requerem a reversão imediata da arritmia. Também é uma opção terapêutica nos pacientes estáveis que não responderam ao tratamento farmacológico.

5.2 Tratamento dos distúrbios associados

Nas arritmias secundárias a transtornos sistêmicos (hipóxia, distúrbios eletrolíticos, distúrbios ácido básicos, endocrinopatias) a correção dos mesmos será prioritária e, muitas vezes, o suficiente para a reversão do quadro.

5.3 Tratamento farmacológico

5.3.1 Taquicardia paroxística supraventricular

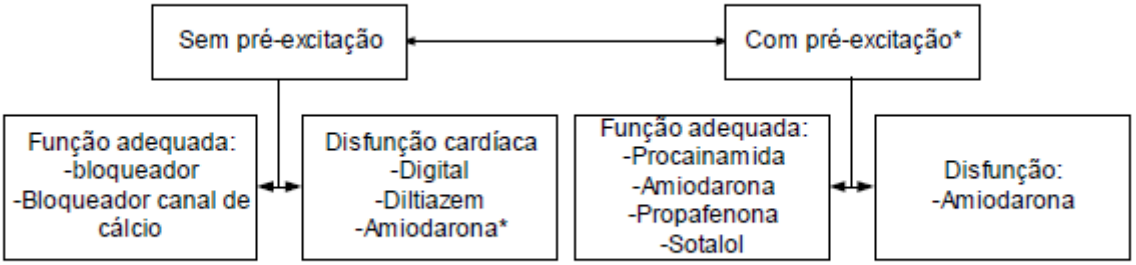


5.3.2 Fibrilação/ Flutter atrial

A conduta na fibrilação em pacientes estáveis dependerá da presença ou não de disfunção ventricular, duração da arritmia e presença ou não de pré-excitação.

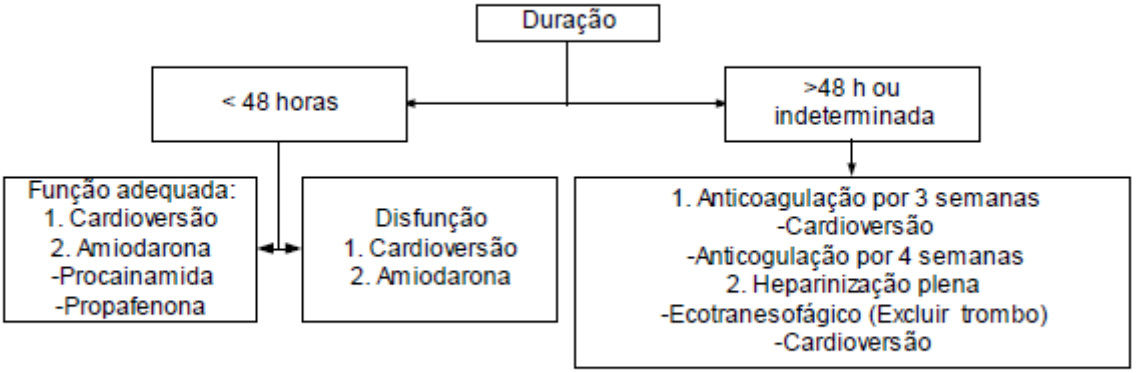
Na fibrilação as medidas farmacológicas podem ter o objetivo de controle da freqüência ventricular (através do aumento do bloqueio na condução) e de reversão do ritmo.

5.3.2.1 Controle da freqüência ventricular

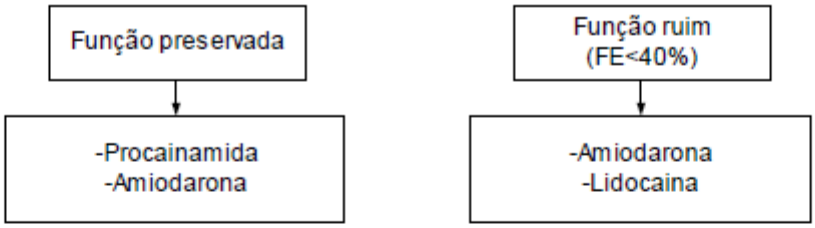


* **Nos pacientes com arritmia por mais de 48 horas o uso destas drogas com potencial de reversão apresenta risco e deve ser evitado.**

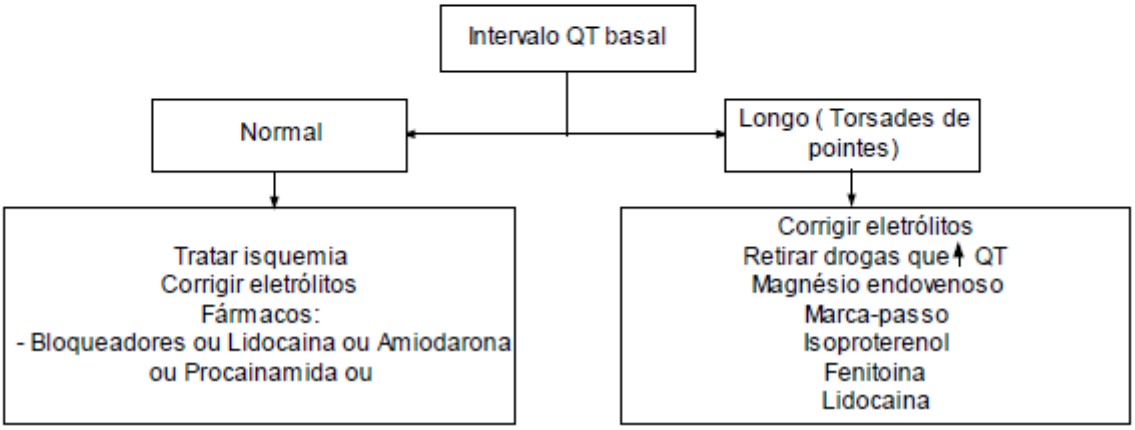
5.3.2.2 Reversão da arritmia
(Com ou Sem pré-excitação)



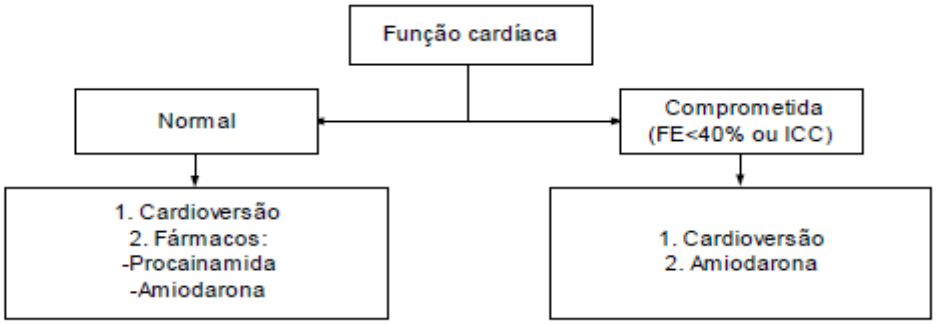
5.3.3 Taquicardia ventricular monomórfica
5.3.3.1 Cardioversão (Preferida)
5.3.3.2 Falha, recidiva ou não se desejar fazer cardioversão



5.3.4 Taquicardia ventricular polimórfica



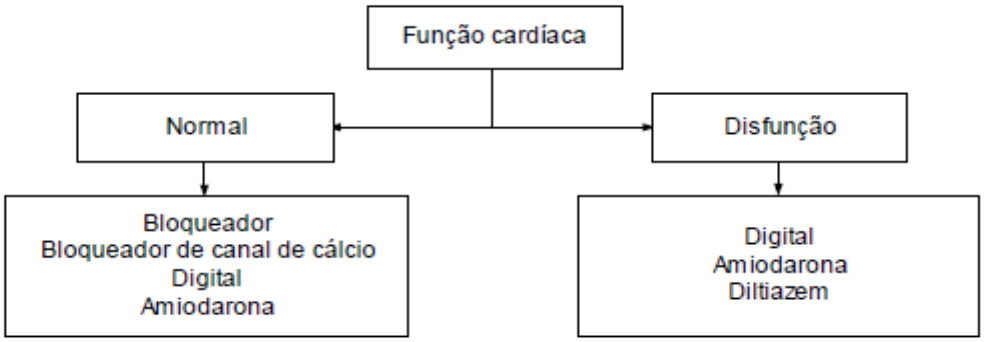
5.3.5 Taquicardia com QRS alargado de origem incerta



5.3.6 Taquicardia atrial (Ectópica ou multifocal)

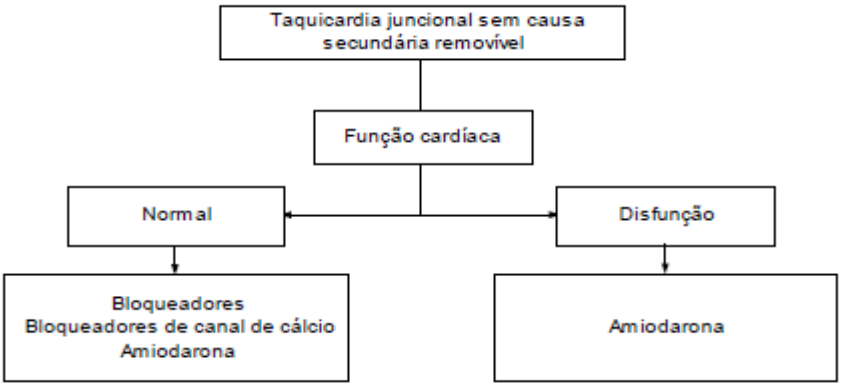
Geralmente associada a uma afecção de base, sendo o tratamento desta a prioridade.

Arritmia por automatismo exarcebado, não responde à cardioversão.



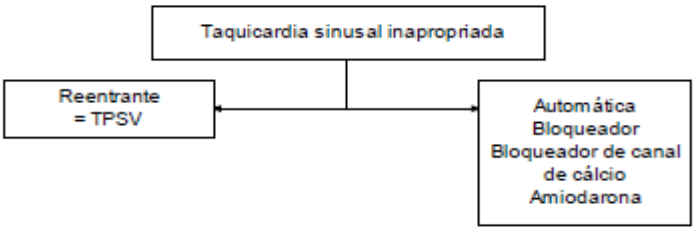
5.3.7 Taquicardia juncional

Geralmente associada à intoxicação digitálica, excesso de catecolaminas, toxicidade por teofilina. Nestes casos a principal medida é a suspensão destes fármacos.



5.3.8 Taquicardia sinusal inapropriada

A taquicardia sinusal inapropriada só pode ser diagnosticada com a rigorosa exclusão de fatores responsáveis por taquicardia sinusal secundária (fisiológica).



6. Cardioversão

6.1 Assegurar material necessário para intercorrências.

Tubo endotraqueal, laringoscópio, aspirador, ambu.

6.2 Checar equipamento

6.3 Acesso venoso

6.4 Monitorização do paciente (SpO2, Pressão arterial)

6.5 Sedação do paciente

- Midazolam
- Fentanil
- Etomidato

6.6 Escolher o modo sincrônico do desfibrilador

6.7 Aplicar a carga: Iniciar com 50 a 100 j, a seguir 100, 200, 300 e 360 j se necessário.

6.8 Checar após dispara da carga.

7. Bibliografia:

NA.

PTC UTI 014 - HEMORRAGIA DIGESTIVA

1. Perda Sanguínea do TGI Classificada Em:

- alta: acima do ângulo de Treitz
- baixa: abaixo do ângulo de Treitz

2. Formas de Manifestação:

Hematêmese, melena, hematoquesia, sangramento oculto e hipovolemia

- **HDA -** geralmente manifesta-se por hematêmese ou melena, podendo ocorrer hematoquesia em caso de trânsito rápido e em grandes volumes de sangramento.
- **HDB** - manifesta-se mais comumente por hematoquesia, podendo ocorrer melena em lesões de cólon direito, com trânsito lento.

3. Etiologias

HDA:

- Doenças ulcerativas, erosivas ou inflamatórias (úlceras pépticas, úlceras de stress, lesões induzidas por drogas, etc.)
- Traumas (ingestão de corpo estranho)
- Lesões vasculares (Varizes, angiodisplasias, gastropatia hipertensiva, etc.)
- Tumores
- Outros (hemobilia, hemosuccus pancreaticus)

HDB:

- Divertículos, doenças inflamatórias, tumores, lesões vasculares, patologias orificiais, outras causas (trauma, discrasias sanguíneas, etc).

4. Conduta na Urgência:

Hemorragia digestiva alta:

- Investigar: episódios anteriores, história familiar, uso de medicamentos (AINH, aspirina, anticoagulantes), doenças
subjacentes, sintomas pépticos anteriores.
- Solicitar exames laboratorias: hemograma, tipagem sanguínea/ prova cruzada, eletrólitos, uréia, creatinina,
coagulograma.

5. Cuidados de Enfermagem

01. Monitorização cardíaca;
02. Atualização neurológica;

03. Controle dos sinais vitais;
04. Controle hídrico;
05. Controle do debito do cateter gástrico;
06. Observar episódios de hematêmese, melena e enterorragia;
07. Medidas gerais de higiene;
08. Preparo para exames radiológicos e endoscópios;
09. Preparo para cirurgias.

6. Médico:

01. Atuar de acordo com plano terapêutico.

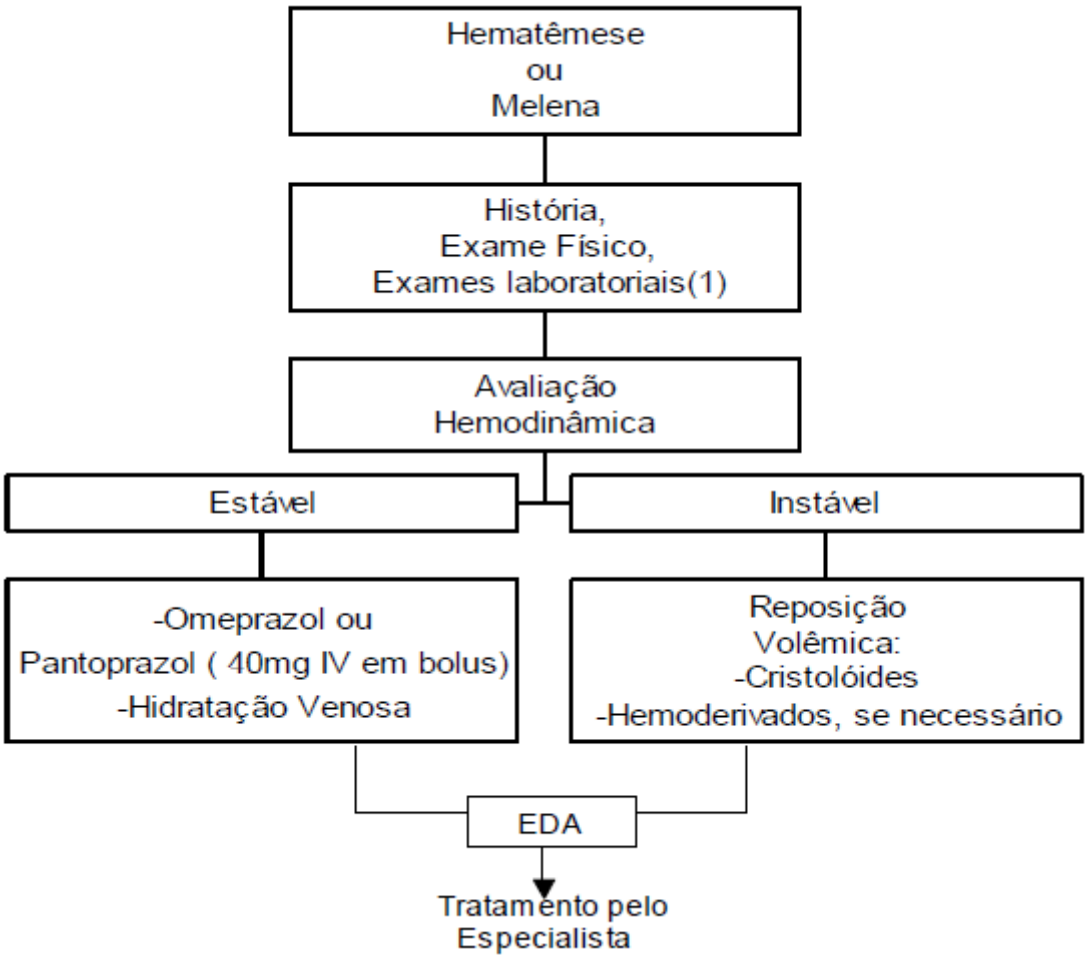
7. Enfermagem:

01. Atuar de acordo com o plano de cuidados

8. Bibliografia:

NA.

PTC 015 - MANEJO DA HEMORRAGIA DIGESTIVA



1. Exames Laboratoriais

- Hemograma
- Tipagem sanguínea
- Eletrólitos
- Uréia
- Creatinina
- Coagulograma
- Glicemia

2. SNG – Com Lavagem Gástrica nos casos de Hematêmese:

Pode ser considerado no preparo para EDA, para remover coágulos e partículas, facilitando o exame e menor risco de aspiração maciça.

3. Paciente com Suspeita de HDA por Varizes: Iniciar Terlipressina (1ª escolha) ou Octreotide Antes da Endoscopia

Dose: - Terlipressina 2mg IV em bolus a cada 4 horas.

- Octreotide: 50 microg IV em bolus, seguido de 25 a 50 microg/h em infusão IV por 3 a 5 dias.

4. Considerações Especiais

Cuidado na interpretação de HCT seriado na hemorragia digestiva aguda (principalmente pacientes com hidratação venosa): a perda inicial de plasma e eritrócitos é equivalente.

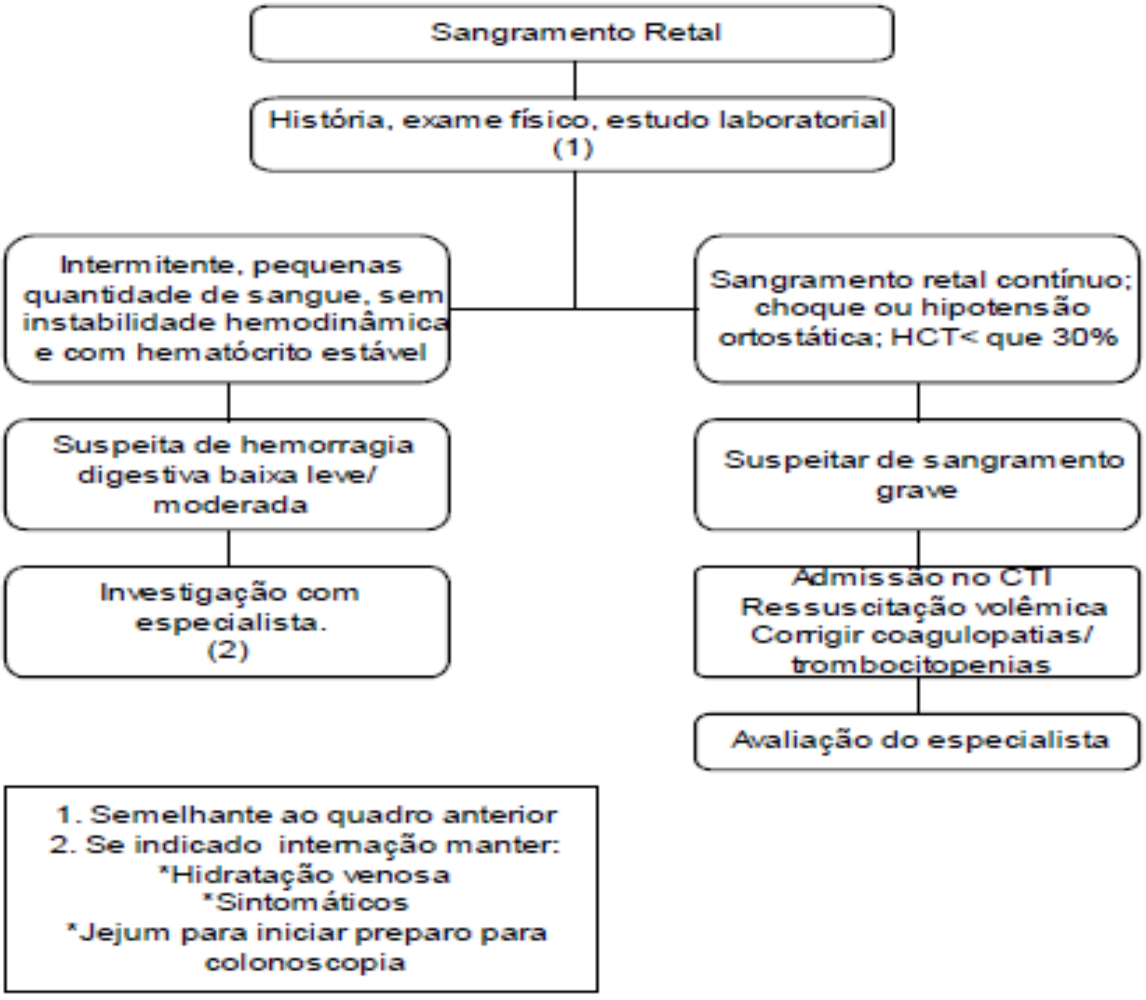
Em 24 a 72 h do sangramento, ocorre redução acentuada do HCT por redistribuição, não significando, necessariamente persistência ou novo sangramento.

4.1 Transfusão Sanguínea:

- Pacientes de alto risco (idoso / Coronariopatas/comorbidades) ☐☐manter HTC ☐☐30%.
- Pacientes jovens e previamente saudáveis ☐☐manter HTC ☐☐20%.
- Paciente com coagulopatia:

o TP alargado (> 1,5 x o normal) ☐☐plasma fresco (10 a 15 ml/Kg)

o Plaquetopenia (☐☐50 mil) ☐☐transfusão de plaquetas (1 concentrado / 10Kg).



5. Bibliografia:

NA.

PTC UTI 016 - AFECÇÕES NEURO-MUSCULARES NO DOENTE CRÍTICO

I. Conceito:

Refere-se ás afecções com comprometimento da força muscular, com disfunção secundária

Respiratória e ou da deglutição de origem neurogênica ou muscular.

II. Classificação

- 1 Afecções neurogênicas
- 1 Neurônio motor superior (Córtex-trato piramidal)
- Esclerose lateral amiotrófica
- 2 Tronco cerebral
- Paralisia bulbar progressiva
- Medula espinhal (Neurônio motor inferior)
- Síndrome de compressão medular
- Trauma raquimedular
- Esclerose lateral amiotrófica
- Toxinas: Mercúrio

III. Infecções:

- Tétano
- Abscesso epidural ou medular
- Neuropatias periféricas
- Neuropatia axonal
- Distúrbios metabólicos
- Diabetes
- Uremia
- Porfiria
- Amiloidose

IV. Endocrinopatias:

- Hipotireoidismo
- Hipertireoidismo
- Insuficiência adrenal
- Hiperparatireoidismo
- Hipercortisolismo

V. Drogas e toxinas:

- Álcool
- Metais pesados (Chumbo, arsênico).
- Isoniazida
- Cloranfenicol

- Metronidazol
- Amiodarona
- Lítio
- Óxido nítrico
- Piridoxina
- Arsênico
- Mercúrio
- Organofosforados
- Quimioterápicos (Cisplatina, vincristina).

VI. Idiopáticas:

- Síndrome de Guillain-Barré
- Sarcoidose
- Doença de Charcot-Marie-Tooth

VII. Outros:

- Colagenoses
- Paraproteinemias
- Paraneoplásica
- Junção neuromuscular
- Miastenia gravis
- Síndrome de Eaton-Lambert
- Deficiência de pseudocolinesterase

VIII. **Drogas e toxinas**

- Organofosforados
- Penicilina
- Afecções musculares
- Distrofias musculares
- Duchene
- Becker
- Miotônica
- Miopatias inflamatórias
- Dermatomiosite
- Polimiosite
- Miosite por corpos de inclusão
- Artrite reumatoide

- Lupus eritematoso sistêmico

IX. Miopatias endócrinas ou metabólicas

- Hipotireoidismo
- Insuficiência adrenal
- Hipercortisolismo
- Hipertireoidismo
- Hiperparatireoidismo
- Glicogenosis
- Lipidoses
- Doença mitocondrial
- Miopatias tóxicas
- Álcool
- Miopatias metabólicas hereditárias
- Paralisia familiar periódica hipo ou Hipercalêmica

X. Outros

- Quadro clínico
- Vias aéreas superiores (comprometimento bulbar)
- Disfagia
- Disfonia
- Obstrução funcional de vias aéreas superiores
- Musculatura respiratória
- Taquipnéia e hipopnéia
- Fala entrecortada
- Tosse ineficaz
- Respiração paradoxal
- Tosse à deglutição
- Dificuldade de contar em um única inspiração (<15). Normalmente conta-se até 50.
- Uso de musculatura acessória
- Diagnóstico

IV.1 Clínica

- História familiar
- Padrão de início (Súbito, progressivo).
- Extensão e distribuição do comprometimento muscular (Regional ou global, distal ou proximal).

Laboratório:

- De acordo com a suspeição clínica.
- Potássio,Cálcio,Magnésio,Fósforo,Glicemia,CkTotal (MiopatiasDistúrbios eletrolíticos,Endocrinopatias,Sarcoidose,Álcool), VHS, PCR, Função tireoidiana (TSH, T3, T4), Anticorpos antireceptor de acetilcolina, Pesquisa de colagenoses e outras doenças imuno-mediadas (ANA, ANCA, Anti-DNA, FR, Antifosfolípide)
- IV.3 Estudo da função pulmonar Capacidade vital, Pressão inspiratória máxima (Pimax) e pressão expiratória máxima (Pemax).

Eletroneuromiografia:

- Ajuda a diferenciar afecções musculares de neurológicas, bem como pode apresentar padrões sugestivos de determinadas patologias.
- Biópsia muscular.
- Na eventualidade dos exames anteriores não elucidarem o diagnóstico.

Outros:

- ECG
- Tratamento
- Medidas gerais
- Indicações de ventilação mecânica
- Rebaixamento do nível de consciência
- Disfunção bulbar com risco de aspiração
- Disautonomia (Arritmias, hipertensão, choque)
- Parada cardíaca ou respiratória
- Hipercapnia
- Capacidade vital menor que 20ml/kg (ou menor que 1l);queda da CV maior que 50%; Pimax maior que
- 30cm de H2O e Pemax menor que 40cm de H2O.
- Afecções específicas
- Síndrome de Guillain-Barré
- Conceito:Refere-se a uma síndrome de etiologia desconhecida, imunomediada. Caracterizada por
- polineuropatia sensitivo-motora.
- Diagnóstico

Clínica:

- Paralisia flácida ascendente, simétrica.
- Reflexos tendinosos ausentes
- Dor e parestesia distais
- Comprometimento respiratório (em até 90% dos casos)
- Ocasionalmente pode atingir musculatura crânio-facial
- Disautonomia: Pode estar presente

Laboratório:

- Sangue: Geralmente sem anormalidades
- Líquor: Dissociação protéico-citológica. Geralmente temos aumento da proteinorraquia
- já na segunda semana de doença com baixa celularidade liquórica ; geralmente menos de 10 células/ml.
- ENMG.

Tratamento:

- Admissão na UTI: Casos em que se julgue a possibilidade de evolução com necessidade de
- ventilação mecânica , presença de disautonomia, disfunção bulbar.
- Intubação: Critérios gerais das afecções neuro-musculares
- Imunoglobulina ou plasmaferese
- Indicadas (Uma das duas) em casos graves. Imunoglobulina na dose de 400mg/kg/dia por
- cinco dias.
- Crise Mi astênica
- Conceito: Refere-se à situação clínica de deterioração da função neuro-muscular do paciente miastênico com risco iminente de morte.
- Diagnóstico
- Clínica: Taquipnéia e hipopnéia, rebaixamento sensorial, respiração paradoxal, sudorese.
- Gasometria arterial: Acidose respiratória aguda
- Função pulmonar: CV<20ml/kg ou 1 litro, Pimax>-30 cm de H2O e Pemax<40cm de H2O

Tratamento:

- Fator desencadeante
- Anticolinesterásicos
- Piridostigmina (Mestinonr): 30 a 60 mg até de 3/3 horas
- Neostigmine (Prostigminer)

Glicocorticóides:

Prednisolona oral:
Utilizar 1mg/kg dia, pela manhã. Utilizar Albendazol por três dias.
Pulso terapia com metilprednisolona
Fazer 500 a 1000mg/kg/dia por três dias.
Imunoglobulina humana hiperimune (Plasmaferese branca)
Indicada em casos refratários. Utilizar imunoglobulina hiperimune, 400mg kg/dia por 5 dias.
Plasmaferese
Indicada em casos refratários e no preparo pré-operatório. Fazer três vezes por semana por 2 semanas.
Agentes poupadores de Glicocorticóides
Imunosupressores: Azatioprina, Ciclofosfamida ou Micofenolato mofetil
Timectomia
Indicada após estabilização do quadro clínico.
Polineuropatia do paciente crítico
Conceito: Polineuropatia sensitivo-motora de aparecimento após admissão na unidade de tratamento
intensivo, especialmente me pacientes sépticos e ou com disfunção multiorgânica.
Diagnóstico
Clínica
Fraqueza ou paralisia flácida distal
Hipo ou arreflexia
Desmame difícil
Déficit sensorial distal
ENMG
Tratamento da afecção de base
Fisioterapia
Evitar corticosteróides e BNM
Tétano generalizado
(.4.1 Conceito:Consiste em uma intoxicação pela toxina Tetanoespasmina) do Clostridium tetani em
quantidade suficiente para comprometer mais de um grupo muscular
Diagnóstico
O diagnóstico do tétano é eminentemente clínico.
Sinais locais (foco de inoculação, quando identificado)
Parestesia
Rigidez da musculatura localRigidez de grupos musculares
Musculatura mastigatória (Masseter): Trismo

Musculatura orbicular oris: Riso sardônico
Musculatura do pescoço: Rigidez de nuca
Musculatura abdominal: Abdômen em tábua
Musculatura faríngea: Disfagia
Abalos musculares (Desencadeados por estímulos)
Insuficiência respiratória
Opistótono
Disautonomia
Simpática: Taquicardia, hipertensão, hipotensão, arritmias cardíacas
Parasimpática: Íleo prolongado, bradicardia, hipotensão, bloqueio átrio-ventricular.
Tratamento
Medidas gerais
Internar em quarto individual com redução de estímulos de qualquer natureza (Sonoro, luminoso, térmico)
Manipulação somente quando necessária e com o menor estímulo possível; sedar se necessário.
Acesso venoso profundo

Traqueotomia precoce, quando indicada a ventilação mecânica .
Debridamento do foco de entrada.
Cateterismo nasoentérico e nutrição enteral, na ausência de contra-indicação para a mesma.
Medidas específicas
Imunoglobulina humana antitetânica: 500 UI intramuscular.
Sedação: Utilizar diazepam endovenoso intermitente, titulando a dose para prevenir abalos musculares
Antibioticoterapia: A primeira opção é o metronidazol (500mg EV por 7 a 10 dias). A penicilina cristalina pode ser utilizada por 7 a 10 dias na dose de 12 a 20 milhões de unidades/dia
Administrar toxóide tetânico em o sítio diferente da imunoglobulina.
Bloqueio neuro-muscular: Após sedação adequada se houver persistência de abalos musculares.
6. Sulfato de magnésio: Útil no controle de espasmos e na disautonomia (Arritmias refratárias). Dose de ataque de 30mg/kg (1 a 2 gramas) e manutenção de 25mg/kg/hora (1 a 2 gramas).
Tratamento da disautonomia
Morfina: ataque de 2 a 3mg e infusão de 0,5 a 1,0mg/kg/hora.

Bloqueio epidural com anestésico local
Marca-passo
Síndrome da compressão medular aguda
Conceito: Síndrome caracterizada por surgimento súbito de sinais e sintomas de compressão da medula
espinhal.
Etiologia
Tumores primários
Tumores perivertebrais (Primários ou mestastáticos)
Infecção (Efeito direto ou compressivo)
Bacteriana: Anaeróbios, S. Aureus, Mycobacterium tuberculosis (Mal de Pott).
Podemos encontrar abscessos peridurais ou empiemas.
Parasitária: Cisticercose
Virais: Varicela-Zoster
Diagnóstico
Clínica
Dor na região dorsal
Paresia ou plegia de membro
Perda da sensibilidade abaixo do nível da lesão
Reflexos tendinosos aumentados
Cutâneo plantar positivo (Pode)
Incontinência urinária
Sinais e sintomas da afecção de base
TC ou RNM
Laboratório
Solicitar de acordo com a suspeição clínica.
Biópsia
Caso exames não esclareçam poderá ser necessária a biópsia.
Tratamento
Corticoterapia: Iniciar metilprednisolona
Iniciar tratamento da doença de base: Antibioticoterapia, radioterapia
Cirurgia: Ressecção (tumores medulares), drenagem de abscessos ou descompressão medular.
Adendos
Regra 10/20/30
Refere-se aos valores de Cv menor que 10 ml/kg; Pimax <-20cm de H2O e Pemax <30 cm de H2O. Constitui indicação formal para ventilação mecânica.
Ventilação não invasiva (VNI).

Na ausência de disfunção bulbar ela poderá ser utilizada, não obstante não existem trabalhos científicos com força suficiente para fazer qualquer recomendação específica quanto a este tópico.

VII.3 Desmame

Não existe nenhum trabalho randomizado sobre o tema

Avaliar função bulbar : Reflexo de tosse, capacidade de clareamento brônquica. Caso inadequada não tentar desmame.

Iniciar desmame na presença de função bulbar satisfatória, parâmetros gerais adequados , CV> 20ml

por kg, Pimax >-30 cm de H2O e Pemax >40cm de H2O (Regra 20/30/40).

Cuidados na intubação orotraqueal

São pacientes de alto risco para alterações hemodinâmicas e arritmias (Disautonomia) e hipercalemia.

Realizar intubação eletiva, anestesia tópica, atropina e benzodiazepínicos.

Não utilizar bloqueador neuro-muscular despolarizante.

Bibliografia

Mehta S. Neuromuscular Disease Causing Acute Respiratory Failure. Respir Care 2006;51:1016-21.

Conti-Fine B, Milani M et al. Myasthenia Gravis:Past, present, and future. J Clin Invest 2006; 116:2843-

54.

Saguil A. Evaluation of the Patient with muscle weakness. Am Fam Physician 2005;71:1327-36.

Khan J, Harrison TB et al. Early development of critical illness myopathy in patients with severe sepsis.

Neurology 2006;67:1421-25.

Murray MJ, Cowen J et al. Clinical practice guidelines for sustained neuromuscular blockade in the

critically ill patient. Crit CareMed 2002;30:142-54.

McIntyre HB, Chang L,Miller BL. Critical Care of neurologic desease, em:Bongard F, Sue DY. Current

Critical Care-Diagnosis & Treatment.New York,2nd Ed,Lange Medical Books/Mc-Graw-Hill,2002;705-29.

Bleck TH. Clostridium tetani(Tetanus).Em: **Mandell, Bennett, & Dolin: Principles and Practice of**

Infectious Diseases, 6th ed., 2005 Churchill Livingstone, An Imprint of Elsevier

PTC UTI 016 - ANEMIA NO PACIENTE CRÍTICO

I. Conceito: Definimos como anemia no paciente crítico a condição clínica em que a taxa de hemoglobina à admissão ou durante a permanência na unidade se reduz a valores inferiores a 10g/dl.

II. Classificação e etiologia

II. 1 Anemia aguda: Sem história prévia de anemia. Admitido já com anemia secundária à afecção ou surgida durante a permanência na unidade.

II. 1.1 Sangramento ou flebotomias repetidas

II. 1.2 Inibição da eritropoiese (redução ou inibição da atividade da eritropoetina, alteração do metabolismo do ferro).

II. 1.3 Hemólise

1.4 Hemodiluição

2 Anemia crônica: Paciente portador de afecções, hematológicas ou não, responsáveis pelo quadro.

III. Propedêutica

III. 1 Hemograma, plaquetas, RNI, TTPa,Vitamina B12, reticulócitos,LDH ferritina.

III. 2 Exames visando detecção de afecções específicas (De acordo com o contexto clínico) Endoscopia digestiva (Lesão aguda de mucosa gastroduodenal, Varizes esofagianas), EAS (suspeita de hematúria), colonoscopia (Suspeita de afecção colônica).

IV. Profilaxia

IV. 1 Evitar ou suspender fármacos (se possível) que interferem com a coagulação; especialmente em presença de sangramento ativo e ou testes de coagulação alterados.
Antiinflamatórios não hormonais, aspirina.

IV. 2 Reduzir número de flebotomias

IV. 3 Utilizar frascos coletores pediátricos

IV. 4 Profilaxia de LAMG nos casos indicados
Ressuscitação volêmica precoce, Nutrição enteral precoce, bloqueadores H2.

IV. 5 Corrigir distúrbios responsáveis por redução da eritropoiese
Carência de ácido fólico, carência de vitamina B12, carência de ferro (desde que não haja contra indicação à reposição imediata).

V. Tratamento

V.1 Tratamento das afecções responsáveis pela anemia

V.2 Suspensão de drogas com potencial de interferir na coagulação ou eritropoiese (Se não for imprescindível – avaliar risco/benefício)

V.3 Transfusão de glóbulos

V.3.1 Sangramento ativo de magnitude expressiva

V.3.2 Taxa de hemoglobina inferior a 7g/dl

V.3.2 Taxa de hemoglobina entre 7 e 9

Geralmente não se beneficiam de hemotransfusão. Avaliar risco benefício individualmente.

V.3.3 Taxa de hemoglobina acima de 10g/dl. Não existe evidência de benefício em nenhum grupo de paciente com taxa de hemoglobina □10g/dl.

VI. Bibliografia

1. Hébert PC, Tinmouth A, Corwin H. Anemia and red cell transfusion in critically ill patients. Crit Care Med 2003;31:672-677.

2. Hébert PC, Blajchman MA, Cook DJ et al. Do blood transfusions improve outcomes related to mechanical ventilation?. Chest 2001; 119:1850-57.

3. Oriane G, Sacchi C, Borghi B. From low hematocrit physiology to isovolemic hemodilutin.Int J Artif Organs 1995;18:143-9.

4. Goodnough JW. Risks of blood transfusion. Crit Care Med 2003;31:678-686.

PTC UTI 017 - HEMORRAGIA ALVEOLAR DIFUSA

I. Conceito:

Sangramento pulmonar difuso proveniente da microcirculação pulmonar.

II. Etiologia:

II.1 Vasculites

1. Granulomatose de Wegner
2. Poliangeite microscópica
3. Crioglobulinemia mista
4. Síndrome de Behçet
5. Púrpura de Henoch Schönlein
6. Capilarite pulmonar isolada

II.2 Causas imunológicas

1. Síndrome de Goopasture
2. Doenças do tecido conjuntivo
3. Glomerulonefrite associada a imunocomplexos
4. Rejeição de transplantes (Pulmão, medula)
5. Síndrome antifosfolipídeo primária

II.3 Distúrbios da coagulação

1. Púrpura trpmbocitopênica trombótica
2. Púrpura trombocitopênica imune
3. Uso de anticoagulantes, antiplaquetários ou trombolíticos

II.4 Idiopático

1. Hemosiderose pulmonar idiopática

II.5 Miscelânea

1. Drogas (Hidantoina, amiodarona)
2. Dano alveolar difuso
3. Estenose mitral
4. Síndrome veno-oclusiva pulmonar
5. Hemangiomatose pulmonar primária

6. Esclerose tuberosa

III. Quadro clínico:

1. Da doença de base
2. Hemoptise
3. Anemia
4. Dispnéia
5. Tosse

IV. Diagnóstico diferencial:

1. Hemoptise de origem na circulação brônquica e inundação secundária do espaço alveolar (Bronquiectasia, bronquite,infecção, malignidade)
2. Hemorragia digestiva
3. Insuficiência cardíaca congestiva (Na ausência de hemoptise)
4. Pneumonia
5. Outras pneumopatias agudas

V. Propedêutica:

1. Rx de tórax
2. Hemograma (anemia)
3. Coagulograma
4. VHS
5. Creatinina
6. EAS
7. ANCA C e P
8. Anticorpo anti-membrana basal
9. FAN
10. Anti DNA
11. Anti RNP
12. Anti fosfolipídeo
13. Fator reumatóide
14. Broncoscopia com lavado broncolaveolar: Além do aspecto, pesquisar fungos, BK, P. carinii e hemosiderina
15. Biópsia pulmonar: Em casos sem diagnóstico. Normalmente não define a doença de base, evidenciando uma capilarite.

16. Biópsia renal: Na ausência de diagn´sotico etiológico nas afecções comdano renal.

VI. Diagnóstico:

A presença da tríade infiltrado pulmonar, hemoptise e anemia é muito característica, porém pode não haver uma hemoptise franca , aumentando a gama do diagnóstico diferencial. Nestes casos e broncoscopia é mandatório, caso persista a dúvida devemos indicar estudo histopatológico pulmonar ou renal, de acordo com as circunstâncias clínicas.

VII. Tratamento:

1. Medidas suportivas : Oxigenioterpia, ventilação mecânica
2. Tratamento específico da afecção de base:

2.1 Granulomatose de Wegner: Corticoterapia associada a ciclofosfamida. O uso de imunoglobulina e
sulfatrimetropim pode ser uma alternativa.

2.2 Poliangeite microscópica: Cosrticosteróde associado a ciclofosfamida ou azatioprina. A Imunoglobulina endovenosa pode trazer benefícios.

2.3 Síndrome de Goopasture: Corticosteróide associado a ciclofosfamida ou azatioprina e à plamaferese.

2.4 Hemosiderose pulmonar primária: Corticosteróides associado a azatioprina.

VIII. Bibliografia:

1. Collard HR, Schwuarz MI. Diffuse alveolar hemorrhage. Clin Chest Med 2004,25(3):583-92..

PTC UTI 018 - INSUFICIÊNCIA RENAL AGUDA

I. Conceito:

Consiste na perda abrupta da função renal, em dias a semanas, a um nível que impeça a adequada
excreção das escórias nitrogenadas. Apesar de o rim ser responsável por várias funções no organismo,
geralmente a filtração glomerular; refletida na inabilidade de excreção das escórias notrogenadas; é que é
aferida.

II. Caracterização clínico-laboratorial:

Utilizaremos o critério RIFLE para a caracterização da disfunção renal.
R (Risk) ☐Creatinina sérica de 1,5 a 1,99 seu nível prévio
(Medido ou estimado pela tabela MMDR) ou
Queda da TFG de 25 a 49% ou
Débito urinário☐0,5ml/kg/h por 6 a 12 horas
I (Injury) ☐Creatinina sérica de 2 a 2,99 seu nível prévio ou
Queda da TFG de 50 a 74,9% ou
Débito urinário ☐0,5 ml/Kg/h por mais de 12 horas
F (Failure) ☐Creatinina sérica ☐3,0 nível prévio ou
Queda da TFG ☐75% ou
Creatinina sérica ☐4mg/dl ou
Débito urinário☐0,3ml/Kg/h por pelo menos 24 horas ou
Anúria por 12 ou mais horas (Diurese <100 ml/24 horas)
L (Loss) Insuficiência renal persistente por um período superior a 4 semanas até 3 meses
E (end stage renal desease)
Insuficiência renal persistente por mais de três meses.

III. Classificação/etiologia:

III.1 Pré-renal (Queda da perfusão renal)
1. Depleção volêmica
2. Disfunção miocárdica
3. Vasodilatação periférica
3.1 Sepse
3.2 Síndrome hépato-renal
4. Transtorno da auto-regulação renal

4.1 Vasocosntrição arteriolar aferente

4.1.1 Síndrome hépato-renal

4.1.2 Sepse

4.1.3 Hipercalcemia

4.1.4 Drogas: AINS(Especialmente diabéticos, idosos, estados de hipoperfusão e IRC), Ciclosporina, Anfotericina B

4.2 Vasodilatação da aferente

4.2.1 IECA e BRA: especialmente em casos de hipoperfusão, estenose de artéria renal bilateral e doença policística.

III.2 Intra-renal

III.2.1 Tubular

1. Necrose tubular Aguda

Isquêmica

Tóxica: Aminoglicosídeos, IECA, AINE, Contraste, Mioglobina, Anfotericina B, Aciclovir, Ciclosporina, Cisplatinum,

Ácido úrico.

2. Necrose cortical bilateral

III.2.2 Glomerular

1. Glomerulonefrites Pós-infecciosa

Afecções sistêmicas: Lupus, Granulomatose de Wegner Poliarterite nodosa, Púrpura de Henoch-Schölein, Síndrome de Goodpasture.

III.2.3 Intersticial

1. Drogas: Cefalosporinas, Alopurinol, Ciprofloxacina, AINE, Furosemida, Penicilina, Fenitoina, Sulfonamidas, Fenitoina, Tiazídicos, Rifampicina.

2. Afecções auto imunes

3. Infecção

4. Doenças infiltrativas

III.2.4 Vascular (Macro ou microvascular)

1. Púrpura trombocitopênica trombótica

2. CIVD

3. Crioglobulinemia

4. Embolia por colesterol

5. Estenose de artéria renal bilateral

6. Tromboembolia renal

7. Dissecção aórtica

III.3 Pós-renal

1. Hipertrofia prostática
2. Litíase
3. Coágulos
4. Necrose papilar
5. Compressão ureteral por tumores (Ca endométrio, Linfoma)
6. Estenoses
7. Cristais
8. Obstrução de cateteres
9. Carcinoma de bexiga

IV. Quadro clínico:

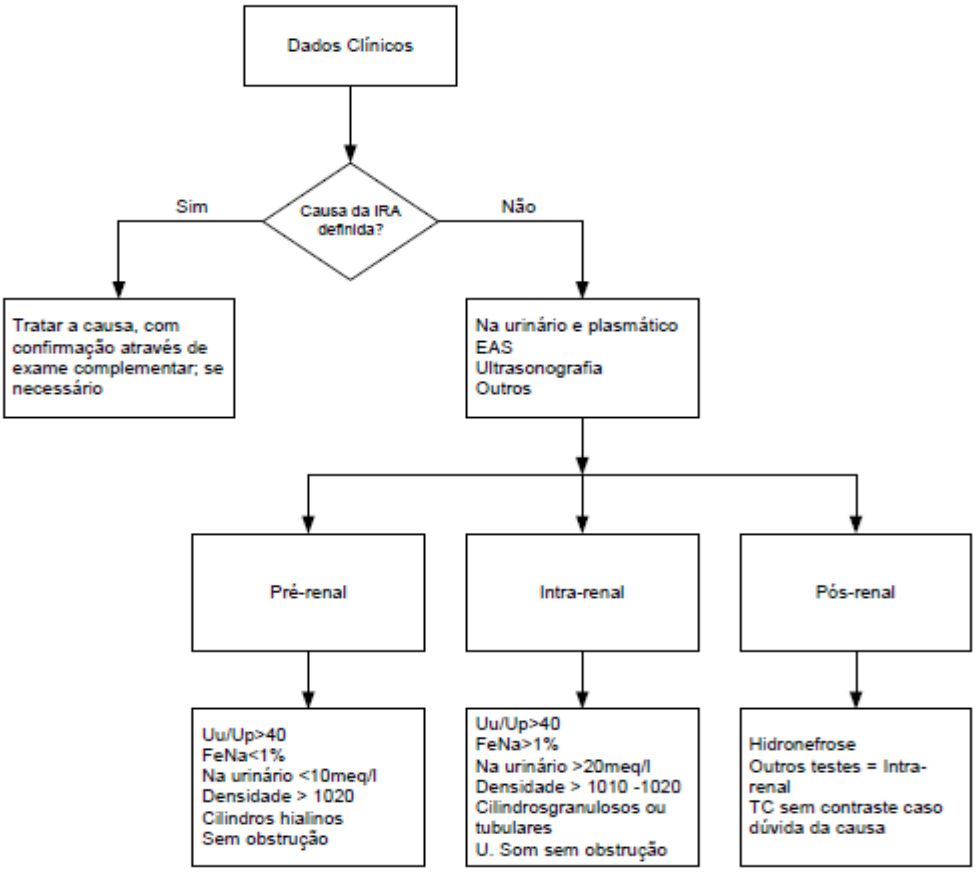
IV.1 Da afecção de base: Geralmente é o fator que levará à propedêutica da disfunção renal; tendo em vista que a ausência de clínica específica da síndrome de insuficiência renal aguda.

IV.2 Oligúria e anúria: Sinais importantes porém temos que lembrar dos seguintes fatos: 1. Há um grande prevalência de insuficiência renal não oligúrica.

2. A redução de fluxo urinário é um dado inespecífico, podendo ser decorrente de fatores hormonais

IV.3 Síndrome urêmica: Quando não diagnosticado e tratada o paciente poderá apresentar a sintomatologia relacionada à uremia (Rebaixamento sensorial, sangramento, derrame pericárdico), sendo não obstante um evento tardio.

V. **Propedêutica:**



VI. Tratamento clínico:

1. Tratamento da doença de base
2. Suspender drogas nefrotóxicas
3. Reposição volêmica
4. Corrigir distúrbios eletrolíticos e ácido-básicos (K, Fosfato, Magnésio, Cálcio). A hiperfosfatemia poderá ser combatida utilizando-se de quelantes de fosfato. Utilizar hidróxido de alumínio e carbonato de cálcio (500mg 3 x dia)
5. Alcalinização urinária: Rabdomiólise, nefropatia úrica e por radiocontraste
6. Furosemida: De utilização controversa. Podemos utilizar na dose de 500mg a 960mg, em esquema intermitente ou de infusão contínua. Se após 24 horas não surtir efeito deverá ser suspensa.
7. Após instalada a insuficiência renal, fazer restrição hídrica.
8. Na fase poliúrica manter controle rigoroso da volemia e dos distúrbios eletrolíticos
9. Suporte nutricional. Na fase hipermetabólica utilizar oferta para pacientes críticos, reduzindo a oferta

quando houver a nomalização do metabolismo.

VII. Tratamento dialítico:

VII.1 Indicações de diálise

1. Hipervolemia
2. Distúrbios eletrolíticos severos- refratários
3. Acidose refratária
4. Encefalopatia
5. Uréia maior que 170-200 mg/dl
6. Sangramento significativo
7. Pericardite urêmica

VII.2 Métodos dialíticos

Deverá ser escolhido de acordo com o paciente, disponibilidade local e experiência.

VII.1 Diálise peritonial

A diálise peritonial apresenta as vantagens de facilidade de acesso, não ser necessária a anticoagulação e poder ser utilizada em pacientes hipotensos. Como desvantagens podemos citar: Não poder ser utilizada em casos de

íleo ou cirurgia intra-peritonial, presença de insuficiência respiratória severa (poderá agravar o quadro pela elevação do diafragma) e menor eficiência como método dialítico. A hiperglicemia poderá ser controlada utilizando 5 a 10UI de insulina na solução por troca.

VII.2 Hemodiálise

Método de alta eficiência, porém pode exigir anticoagulção e, principalmente, apresenta risco elevado de comprometimento hemodinâmico no paciente instável. Em pacientes hipercatabólicos deve-se dar preferência a utilização de sessões diárias ao invés do tradicional esquema em dias alternados ou três dias por semana. A HD utiliza fluxos de 200 a 300ml/min e ultrafiltrado de 1 a 3 l/hora.

VII.3 Hemofiltração

Utilizado especialmente nas condições de hipervolemia.

VII.4 Hemodiafiltração

A hemodialfitração veno-venosa contínua (CVVHD) apresenta a vantagem de melhor tolerância hemodinâmica, porém exige anti-coagulação.

VIII. Profilaxia :

1. Evitar nefrotóxicos
2. Manter perfusão renal adequada
3. Uso de N-acetil cisteína para profilaxia de lesão renal por radiocontraste: Utilizar 600 mg duas vezes ao dia, iniciando no dia anterior ao exame, mantendo por 48 horas.

4. Hiperhidratação: Na rabdomióilse, uso de radiocontraste e cisplatinum. Manter fluxo urinário superior a 150ml/h.
5. Transplantado renal: Pode ser útil utilizar manitol e diltiazem
6. Alcalinização urinária: Rabdomiólise , nefropatia úrica e radiocontraste

IX. Adendos:

IX.1 Fórmula de estimativa do clearance renal: Somente válida com estabilidade da creatinina por dias. TFG= (140-idade) x Peso em Kg : 72 x Creatinina sérica. Quando sexo feminino multiplicar por 0,85.

IX.2 FeNa = Na urinário/ Na Plasmático : Cr Urinária/ Cr plasmática

Para se valorizar a fração de excreção de sódio, o paciente não pode estar em uso de diuréticos.

IX.3 Uréia aumentada com função renal normal: Ocorre em estados hipercatabólicos, Hemorragia digestiva,

oferta excessiva de proteínas, hematoma.

IX.4 Creatinina aumentada com função renal normal: Pode ocorrer em convulsões, lesão muscular.

IX.5 Uréia normal com função renal comprometida: Pode ocorrer na hepatopatia e na desnutrição severa.

IX.6 Creatinina normal com função renal comprometida: Desnutrição, atrofia muscular.

IX.7 Complicações da diálise: Hipotensão, arritmias, hipoxemia, hemorragia, síndrome do desiquilíbrio.

X. Cuidados de Enfermagem:

Enfermagem: Intervenções

01. Disponibilizar leito e materiais / equipamentos para realização do processo dialítico;

02. Verificar a disponibilização da prescrição médica de hemodiálise e aguardar o horário de realização com o serviço;

03. Supervisionar o procedimento realizado pelo técnico responsável;

04. Realizar sinais vitais conforme rotina do setor registrando em impresso próprio, comunicando alterações ao médico plantonista;

05. Administrar medicamentos conforme prescrição médica;

06. Registrar na folha de balanço hidroelétrolítico a perda do paciente durante o procedimento.

XI. Fisioterapeuta:

I. Avaliação Fisioterapeutica

Nas UTI Adulto o fisioterapeuta deverá preencher, no momento da admissão do paciente, a "Ficha de Admissão Fisioterapeutica na UTI Adulto" correspondente ao setor, e nos demais dias

de internação deverá seguir com avaliação diária do paciente, registrada no passômetro e/ou evolução eletrônica.
Nas Unidades de Internação a avaliação fisioterapeutica será realizada mediante parecer médico. O fisioterapeuta deverá responder tal parecer e preencher a "Ficha de Admissão Fisioterapeutica nas Unidades de Internação". Caso seja necessário suporte fisioterapeutico, deverá ser realizada avaliação diária do paciente e registro na evolução eletrônica.

Tais procedimentos encontram-se descritos nos seguintes documentos de referencia:

o POP FST 030 - PREENCHIMENTO DO PASSÔMETRO DE FISIOTERAPIA NAS UTIS ADULTO E NEONATAL
o POP FST 050 - ADMISSÃO DE PACIENTES NAS UTIS ADULTO E NEONATAL
o POP FST 053 - AVALIAÇÃO FISIOTERAPEUTICA INICIAL E ORIENTAÇÕES NA ALTA DOS PACIENTES COM SOLICITAÇÃO DE FISIOTERAPIA NAS UNIDADES DE INTERNAÇÃO.

I.I. Avaliação Respiratória (Sistema Cardiopulmonar)
☐Avaliar os Sinais Vitais, Ausculta Pulmonar, Padrão Respiratório e Exames Complementares: Radiografia de tórax, Hemograma, Gasometria Arterial, e demais exames disponíveis (UTI Adulto, UTI Neonatal e Unidades de Internação).

I.II. Avaliação Motora (Sistema Osteomioarticular)
☐Avaliar e testar a integridade articular (Movimentação Passiva) - UTI Adulto e Unidades de Internação
☐Observar a presença de Úlceras de Pressão - UTI Adulto e Unidades de Internação
☐Avaliar a Força Muscular (POP FST 056 - MOBILIZAÇÃO DO PACIENTE CRÍTICO) - UTI Adulto e Unidades de Internação
☐Observar presença de deformidades Osteoarticulares - UTI Adulto e Unidades de Internação

II. Conduta Fisioterapeutica
A necessidade de conduta fisioterapeutica e a escolha do procedimento a ser aplicado estarão de acordo com o quadro clínico apresentado pelo paciente e avaliação diária realizada pelo fisioterapeuta.
II.I. Fisioterapia Respiratória
Dentro da fisioterapia respiratória o profissional poderá realizar, de acordo com os documentos de referencia:

☐☐Oxigenioterapia

o PRS HTJ 031 – OXIGENIOTERAPIA

☐☐Ventilação Não Invasiva (VNI)

o POP FST 054 - APLICAÇÃO DE CPAP
o PRS HTJ 031 – OXIGENIOTERAPIA

☐☐Ventilação Mecânica (VM), Desmame e Extubação
o PRS HTJ 042 – INTUBAÇÃO TRAQUEAL: PREPARO E CUIDADOS
o PRS HTJ 043 – TRAQUEOSTOMIA: PREPARO E CUIDADOS
o POP FST 064 – MONTAGEM E TESTE DE VM
o PRS FST 003 – PARAMETROS INCIAIS DE VM
o POP FST 019 - AVALIAÇÃO DA PRESSÃO INTRA-CUFF
o PRS FST 001 – DESMAME E EXTUBAÇÃO

☐☐Aspiração Traqueal e/ou VAS
o POP FST 060 – ASPIRAÇÃO

☐☐Manobras Desobstrutivas
o POP FST 020 - MANOBRA DE PEEP-ZEEP
o POP FST 044 - TÉCNICAS PARA REMOÇÃO DE SECREÇÃO BRÔNQUICA

☐☐Manobras Expansivas
o POP FST 043 - TÉCNICAS PARA EXPANSÃO PULMONAR
o POP FST 049 - MANOBRA DE RECRUTAMENTO ALVEOLAR

II.II. Fisioterapia Motora
Dentro da fisioterapia motora o profissional poderá realizar, de acordo com os documentos de referência:

☐☐Posicionamento no leito
o PRS HTJ 033 – POSICIONAMENTO E MUDANÇA DE DECÚBITO

☐☐Elevação de cabeceira
o PRS HTJ 033 – POSICIONAMENTO E MUDANÇA DE DECÚBITO

☐☐Mobilização global

o POP FST 042 - ALONGAMENTOS MUSCULARES

o POP FST 045 - MOBILIZAÇÕES PASSIVAS

o POP FST 046 - FORTALECIMENTOS MUSCULARES

o POP FST 056 - MOBILIZAÇÃO DO PACIENTE CRÍTICO

o POP FST 059 – CONTRAINDICAÇÕES PARA FISIOTERAPIA MOTORA

III. Cuidados Pós Alta

Como cuidados pós alta, o fisioterapeuta deverá encaminhar junto à documentação do paciente a "Prescrição de Orientações Fisioterapeuticas na Alta" referente a cada setor (UTI Adulto, UTI Neonatal e Unidades de Internação). Tais orientações dissertam sobre cuidados fundamentais com o paciente, visando à prevenção de novas infecções e manutenção da integridade osteomioarticular. Tais orientações estão expostas nos seguintes documentos:

o POP FST 053 - AVALIAÇÃO FISIOTERAPEUTICA INICIAL E ORIENTAÇÕES NA ALTA DOS PACIENTES COM SOLICITAÇÃO DE FISIOTERAPIA NAS UNIDADES DE INTERNAÇÃO

o POP FST 057 - PRESCRIÇÃO DE ORIENTAÇÕES FISIOTERAPEUTICAS NA ALTA DAS UTIS ADULTO E NEONATAL

XII. Médico:

01. Atuar de acordo com plano terapêutico

XIII. Enfermagem:

Atuar de acordo com o plano de cuidados

XIV. Bibliografia:

1. Needham E. Management of acute renal failure. Am Fam Physician 2005; 72:1739-46.

2. Abernethy VE, Lieberthal W. Acute renal failure in the critically ill patient. Crit Care Clin 2002; 18: 2023-
22.

3. Bellomo R. Defining, Quantifying, and Classifying Acute Renal Failure . Crit Care Clin 2005; 21:223-37.

4. Bellomo R, Ronco C et al. Acute renal failure- definition, outcome measures, animal models, fluid therapy
and information technology needs: The second international Consensus of the acute dialysis quality

initiative (ADQI) group. Crit Care 2004; 8:204-212.
5. Kaplan AA. Renal failure. In: Current Critical Care- Diagnosis & Treatment, 2nd ed. New York, McGraw- Hill, 2002:342-375.
6. Kapadia FN, Bhojani K, Shah B. Special issues in the patient with renal failure. Crit Care Clin 2003; 19:233-51.

PTC UTI 019 - PANCREATITE AGUDA GRAVE

I. Conceito:

Refere-se a um pequeno sub-grupo de pancreatite qualquer etiologia associada com complicações sistêmicas e ou locais diretamente realcionadas à mesma.

II. Etiologia:

II. 1 Biliar (Colelitíase- coledocolitíase)

II. 2 Alcoólica

II. 3 Tóxica

II. 4 Metabólica (Hipertrigliceridemia- Hipercalcemia)

II. 5 Infecciosa (Viral- Bacteriana)

II. 6 Pós-operatória

II. 7 Idiopática

III. 8 Outras

III. Fisiopatologia da pancreatite Grave:

III. 1 Presença e extensão de Necrose pancreática

III. 2 Infecção da necrose pancreática e ou da coleção peri-pancreática

III. 3 Manuseio clínico inadequado, especialmente ressuscitação volêmica

III. 4 Tromboses vasculares (Cólica média)

IV. 5 Fístulas digestivas (Colon transverso) e ou vasculares (Esplênica)

IV. Quadro clínico:

IV. 1 Fator de risco (Se conhecido): Litíase biliar, alcoolismo agudo ou crônico, hipertrigliceridemia, hipercalcemia, história familiar, pós-operatório imediato de cirurgia de andar superior de abdômen, uso de drogas pancreatotóxicas.

IV. 2 Clínica

1. Dor abdominal sem causa definida: Intensidade variável; em faixa no abdômen superior; difusa (ascite pancreática), Localizada (Coleção em locas específicos); irradiação dorsal.
2. Vômitos
3. Icterícia (Colangite, edema de cabeça de pâncreas, neoplasia peri-ampular)
4. Febre
5. Disfunção orgânica (respiratória; renal; cerebral)
6. Outros

V. Diagnóstico:

V.1 Clínica

V.2 Fator de risco

V.3 Marcadores bioquímicos

1. Amilase: Duas a mais vezes o limite superior da normalidade; falsos positivos (Perfuração gastroduodenal, obstrução intestinal, isquemia mesentérica, parotidite, insuficiência renal); Falsos negativos (Fase muito inicial ou tardia, doença muito extensa)

2. Lípase: Duas ou mais vezes o limite superior da normalidade; meia-vida maior, falso positivo (Insuficiência renal, colestase, úlcera duodenal, cirrose hepática)

V.4 Imagem

V.4.1 Ultrasonografia: Detecção de colelitíase, obstrução biliar, coleções.

V.4.2 Tomografia computadorizada: Indicada na fase inicial quando diagnóstico incerto, diagnóstico diferencial com outras afecções.

VI. Avaliação da gravidade:

VI. 1 Avaliação clínica (35 a 40% de erro)

VI. 2 Marcadores biológicos: Proteína C reativa. Ponte de corte variável na literatura entre 13 a 15mg/dl.

VI. 3 Score tomográfico de Gravidade (Sistema de Balthazar)

VII. Tratamento clínico:

VII. 1 Ressuscitação volêmica agressiva: Não há vantagem entre colóides e cristalóides. Utilizar todos os dados disponíveis para avaliação da adequação do status volêmico (PVC, temperatura de extremidades, diurese horária, lactato, SVCO2, parâmetros dinâmicos)

VII. 2 Suporte hemodinâmico: Após otimização da volemia se permanecer estado de hipoperfusão deve-se utilizar inotrópicos(dopamina, dobutamina) e ou vasopressores (Dopamina , noradreanlina) de acordo com a causa.

VII. 3 Antibioticoterapia

VII. 3.1 Profilática: Não

VII. 3.2 Terapêutica: Necrose infectada, abscesso pancreático ou pseudocisto infectado. Germes mais comuns: Escherichia coli, Klebsiella, Stafilococus aureus, Pseudomonas aeruginosa. Nas necroses infectadas até 20% dos pacientes se isolam fungos(Cândida). Os antibióticos com melhor penetração pancreática são: Clindamicina, metronidazol, imipenem, ciprofloxacina e meropenem.

VII. 4 Suporte nutricional

VII. 4.1 Iniciar o mais precoce possível

VII. 4.2 Preferência pela via enteral

VII. 4.3 A nutrição parenteral deverá ser utilizada caso não se consiga introdução da via enteral por 5 ou mais dias; oferta por via enteral inadequada.
VII. 4.4 Via jejunal ou gástrica parecem ser igualmente efetivas , caso haja tolerância gástrica.
VII. 4.5 Dietas especiais ainda sem comprovação (Inclusive o uso de glutamina)
VII. 4.6 Iniciar via oral assim que possível (Ausência de dor). Utilizar dietas com 50% ou mais de carboidratos e baixo teor lipídico.
VII. 5 Suporte das disfunções orgânicas (Renal, respiratória)
VII. 6 Controle glicêmico
VII. 7 Profilaxia de úlcera e gastrite erosiva: pacientes em sem dieta oral ou com dieta pós-pilórica; Utilizar bloqueador H2 ou de bomba (sem trabalho específico com esta finalidade)
VII. 8 Corticosteróides em dose de Stress caso haja sepse associada
VII. 9 Combate efetivo da dor: Evitar morfina (Espasmo esfincteriano) e tramadol (Vômitos). Fazer analgesiaepidural, caso seja refratária às medidas convencionais.

VIII. Tratamento cirúrgico:
VIII. 1 A punção aspirativa com agulha guiada por imagem deve ser realizada quando da possibilidade de necrose infectada.
VIII. 2 Não intervir na coleção ou necrose não infectadas
VIII. 3 Debridamento aberto : De preferência após 2 a 3 semanas nas necrose ou coleções comprovadamente infectadas.
VIII. 4 Intervenções precoces podem ser necessárias em algumas complicações.
VIII. 4.1 Fístulas (Colônica)
VIII. 4.2 Hemorragia por erosão vascular: de preferência abordagem endovascular
VIII. 5 Colangiopancreatografia endoscópica retrógrada (CPRE)
Deve ser realizada precocemente (72 horas) na pancreatite biliar ou com alta probabilidade de origem biliar. Na impossibilidade de CPRE utilizar métodos alternativos de drenagem biliar.
VIII. 6 Colecistectomia: Deverá ser realizada na pancreatite biliar, de preferência na mesma internação após estabilização do quadro.

IX. Adendos:
IX. 1 Score tromográfico de Balthazar
Realizar tomografia dinâmica de alta resolução, de preferência contraste não iônico e após 48-72 horas do inicio do quadro
Grau A: Pâncreas normal (Pancreatite leve ou ausente)
Grau B: Aumento glandular focal ou difuso sem inflamação peri-pancreática.
Grau C: B mais inflamação peri-pancreática
Grau D: C mais coleção peri-pancreática única

Grau E: C mais coleção peri-pancreática múltipla e ou gás no pâncreas ou retroperitônio

IX. 2 Pontuação

IX. 2.1 Score tomográfico

A= 0; B= 1; C=2; D=3; E=4

IX. 2.2 Score de Necrose

Ausência de necrose= 0 ponto

Necrose até 30% do pâncreas= 2 pontos

Necrose de 30 a 50% do pâncreas= 4 pontos

Necrose maior que 50% do Pâncreas= 6 pontos

IX. 3 Índice de severidade tomográfica

Indice de severidade tomográfica

Índice	Morbidade	Mortalidade
0-3 pontos	8%	3%
4-6 pontos	35%	6%
7-10 pontos	92%	17%

Observação: O índice de severidade é obtido com a somatória do score tomográfico com o de necrose.

X. Bibliografia:

1. Nathens AB, Curtis JR, bearle RJ et al. Managemennt of critically ill patient with severe acute pancreatitis. Crit Care Med 2004; 32(12):2524-36.

2. Mayerli J, Simon P, Lerch MM. Medical treatment of acute pancreatitis. Gastroeenterol Clin North Am
2004; 33 (4):855-69.

3. Naude GP. Gastrointestinal failure in the ICU.In: Sue DY, Bongard FS. Current Critical care-Diagnosis &
treatment, 2nd Ed. New York, Mc-Graw-Hill, 2002:376-382.

PTC UTI 020 - TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO

I. Conceito:

Definimos TCE como toda lesão traumática direta ou não com lesão a estruturas do crânio e ou do encéfalo.

II. Classificação:

II.1 Quanto ao tipo de lesão

II.1.1 Lesões primárias

A. Focais

A.1 Partes moles

A.2 Lesões ósseas

1. Calota craniana
2. Base de crânio

A.3 Lesões encefálicas

1. Hematoma epidural
2. Hematoma subdural
3. Hematoma intraparenquimatoso
4. Contusão cerebral

B. Difusas

Lesão axonal difusa

II.1.2 Lesões secundárias

1. Hipóxia (Hipoxêmica ou por hipoperfusão)
2. Mediadores de fase aguda
3. Distúrbios eletrolíticos
4. Distúrbios metabólicos
5. Hipertermia
6. Convulsões
7. Vasoespasmo
8. Outros

II.2 Quanto à gravidade

A gravidade do TCE depende de vários fatores, porém o estadiamento clínico geralmente é feito através da

escala de Glasgow.

Trauma craniano leve: ECG □13

Trauma craniano moderado: ECG de 9 a 12

Trauma craniano severo: ECG□9

III. Quadro clínico:

III.1 Lesões de partes moles

1. Hematomas

2. Scalps

III.2 Lesões ósseas

1. Afundamento de crânio

2. Fatura de base de crânio

Hemotímpano

Equimose retroauricular

Equimose periorbitária

Paralisia de nervos cranianos

Vazamento liquórico

III.3 Lesões encefálicas

1. Amnésia

2. Convulsão

3. Rebaixamento do nível de consciência

4. Déficit motor

5. Hérnia transtentorial (Uncal)

Rebaixamento do nível de consciência

Anicocoria e ausência de reflexo fotomotor; tardiamente poderemos midríase bilateral.

Alteração motora: Geralmente contralateral: Hemiparesia ou postura anômala; algumas vezes pode ser homolateral.

6. Hérnia tonsilar

Irregularidade respiratória

Aumento da pressão arterial e bradicardia

Rigidez de nuca

Reflexos de tosse e vômito anomais

IV. Propedêutica:

IV.1 Geral: Hemograma, eletrólitos, glicemia, gasometria arterial, uréia, creatinina

IV.2 Específica

IV.2.1 Tomografia computadorizada de crânio

1. Indicações de tomografia como abordagem inicial

ECG<15

Sinais focais

Sinais de fratura de base de crânio
Afundamento de crânio
Amnésia
Perda da consciência
2. Indicações de nova tomografia
Após 36 horas do trauma
Deterioração súbita sem causa definida
Falha em controlar a hipertensão intracraniana
IV.2.2 Outros :
1. Doppler de carótida (Suspeita de dissecção)
2.Angiogafia (dissecção, vasoespasmo)
3. Punção lombar: Na suspeita de meningite (excluir risco de herniação)

V. Monitorização:

V.1 Clínica
1. Exame pupilar :Simetria, diâmetro, resposta à luz
2. Nível de consciência
3. Motricidade dos quatro membros
V.2 Geral
1. Oximetria de pulso
2. Cardioscopia
3. Pressão arterial não invasiva
4. Capnografia: Pacientes com TCE grave em ventilação mecânica
5. Pressão arterial invasiva
Presença de hipertensão intracraniana
Outras indicações para PIA
6. Cateter de Swan-Ganz
Estratégia de hipertensão para manter PPC
Outras indicações de cateter de artéria pulmonar
V.2 Neurológica
1. Pressão intracraniana
ECG < 8 e TC de crânio anormal
ECG < 8 e TC normal + dois ou mais dos seguintes: Idade maior que 40 anos ou postura normal uni ou bilateral ou
Pressão sistólica < 90mmHg
ECG > 8 em pacientes que serão submetidos a cirurgias prolongadas
ECG>8 + lesão com efeito de massa

2. Saturação de Bulbo jugular: Na necessidade de hiperventilação prolongada

VI. Tratamento:

VI.1 Medidas gerais

1. Vias aéreas e coluna: Manter vias aéreas pérvias , proteção contra a aspiração e contra dano secundário à medula espinhal

1.1 Indicações para intubação:

ECG□8

Escore motor□4

Ausência de reflexos protetores de vias aéreas

Necessidade de ventilação mecânica

1.2 Utilizar fentanil e midazolam e, se necessário, rocurônio.

1.3 Estabilização de coluna cervical ou lombar na possibilidade de lesão das mesmas

2. Manter troca gasosa adequada

Manter SpO2 > 90%(Utilizar a PEEP que for necessária)

Manter normocapnia (PaCO2 de 35 a 40mmHg)

3. Manter perfusão adequada

3.1 Manter PAM > 90mmHg e PAS> 110mmHg

3.2 Expansão volêmica: Utilizar RL, SF ou solução da NaCl hipertônica

3.3 Vasopressores: Caso a expansão volêmica não atinja os parâmetros pressóricos desejados. Utilizar dopamina ou noradrenalina

4. Identificar e tratar lesões com indicação cirúrgica

5. Controle da temperatura: manter normotermia ou hipotermia leve.

6. Corrigir distúrbios eletrolíticos

7. Profilaxia da lesão aguda de mucosa gastroduodenal

8. Profilaxia de convulsões

Fenitoina: ataque de 18mg/Kg e manutenção de 5 mg/kg/dia. Utilizar por sete dias.

Carbamazepina: Caso haja contraindicação para a fenitoina

9. Profilaxia tromboembólica

8.1 HBPM: Caso não haja contraindicação

8.2 Compressão pneumática: Contraindicação para heparina

10. Suporte nutricional precoce: até 36 horas do trauma

11. Manitol: Sem monitorização da PIC, somente com clínica de hérnia, até melhor definição do quadro e tratamento cirúrgico

12. Hiperventilação aguda: Somente indicada por período curto, com falta de resposta ao manitol; com clínica de herniação, para permitir propedêutica e tratamento cirúrgico.

VI.2 Tratamento da Hipertensão intracraniana

Definida com PIC maior que 20mmHg por mais de 5 minutos.

1. Medidas gerais

Manter cabeceira elevada de 30□, posição neutra com veias jugulares livres .

Manter SpO2 . 90%

Manter normotermia

Sedação e analgesia adequados

Prevenir convulsões

Manter PaCO2 no limite inferior da normalidade (35mmHg)

2. Manter pressão de perfusão cerebral adequada

A PPC ideal é de 70 mmHg

O mínimo de PPC aceitável é de 50mmHg

A estratégia inicial para manter PPC é a reposição volêmica

Caso a reposição volêmica não atinja os parâmetros desejados utilizar vasopressores.

3. Drenagem liquórica

Deverá ser a primeira opção quando o paciente estiver com cateter intraventricular

Fazer drenagem intermitente por dois minutos

Manter gradiente de drenagem positivo de mais ou menos 5 cm de H2O

Vigilância liquòrica: Gram, contagem de células e glicose.

4. Manitol

Fazer bolus de 0,25 a 1g/Kg de 2/2 a 6/6 horas, quando medidas anteriores falharem em manter PIC menor que 20mmHg.

Repor os déficits volêmicos e hidroletrolíticos produzidos pela diurese osmolar

Não permitir osmolaridade sérica maior que 320mmol

O uso empírico do manitol não é aconselhável, sendo aceito somente quando houver sinais de herniação aguda.

5. Hiperventilação aguda

Nas primeiras 24 horas deve ser evitada

Somente poderá ser realizada por período curto, em caso de deterioração neurológica aguda.

6. Hiperventilação severa, prolongada

Consiste em manter a PaCO2 entre 25 e 30mmHg

Deve ser evitada nos primeiros 5 dias pós-trauma

Indicada somente na hipertensão refratária

Pode gerar isquemia e infartos cerebrais

A sua utilização deveria seria realizada com a monitorização da perfusão cerebral. Manter a SjO2 entre 60 e 70%.

7. Coma barbitúrico

Também reservado para hipertensão refratária

Exige monitorização de PIA

Risco de hipotensão e infecção

Com EEG, manter padrão de supressão

8. Craniotomia descompressiva

7.1 Também reservada para hipertensão refratária

VII. Adendos:

VII.1 Escala de coma de Glasgow

Abertura ocular Espontânea 4 pts

Ao comando verbal 3 pts

À dor 2 pts

Sem resposta 1pt

Melhor resposta motora Obedece 6 pts

Localiza 5 pts

Flexão com retirada 4 pts

Flexão anormal 3 pts

Extensão 2 pts

Sem resposta 1 pt

Melhor resposta verbal Orientado 5 pts

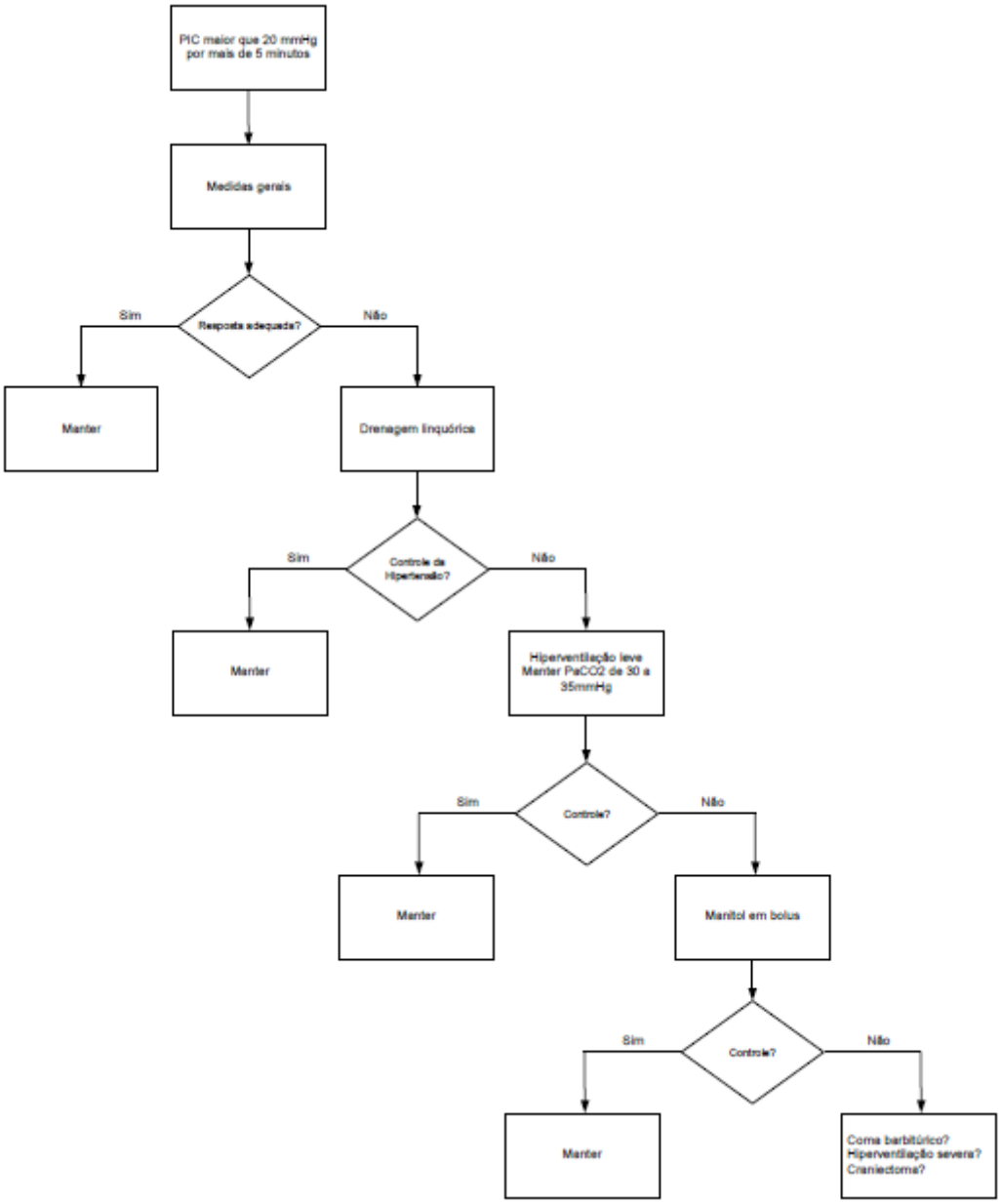
Desorientado 4 pts

Palavras inapropriadas 3 pts

Sons incompreensíveis 2 pts

Sem resposta 1 pt

VII.2 Algoritmo para tratamento da hipertensão intracraniana



VIII. Bibliografia:

1. Fahy BG, Sivaraman V. Current concepts in neurocritical care.Anesthesiol Clin North América 2002,20(2):441-62.

2. Bullock R, Chesnut R, Clifton G et al. Guidelines for the management of severe head trauma.New

York,NY: Brain trauma foudation,2000.

3. Marik PE, Varon J, Trask T. Management of head trauma. Chest 2002,122(2):699-711

4. King BS, Gupta R, Narayan RK. The early assessment and intensive care unit management of patients

with severe traumatic brain and spinal cord injuries. Surg Clin North Am 2000, 80(3):855-70.

5. Chesnut RM. Management of brain and spine injuries. Crit care clin 2004,20(1):25-58.
6. Allen CH, Ward JD. An evidence-based approach to management of increased intracranial pressure. Crit
care clin 1998,14(3):485-95.
Yates D. Head injury: Triage, assessment, investigation and early management of Head injury in infants,
children and adults 2007. National collaborating centre for Acute Care at The Royal College of Surgeons
of England. Availble from HTTP:// WWW.nice.org.uk

PTC UTI 021 - VENTILAÇÃO MECÂNICA

I. Conceito:

Consiste no suporte mecânico ao aparelho respiratório com o intuito de alterar as trocas gasosas e ou reduzir o trabalho respiratório.

II. Classificação:

II.1 Quanto à interface:

II.1.1 Ventilação mecânica Invasiva: Realizada através de intubação translaríngea ou traqueotomia.

II.1.2 Ventilação não invasiva: Realizada com a utilização de máscaras ou capacetes .

II.2 Quanto ao modo ventilatório

II.2.1 Controlado: Modo com freqüência fixa. Para permitir sincronismo paciente respirador, caso o paciente não esteja em apnéia, deve-se sedar profundamente o paciente ou até mesmo realizar o bloqueio neuro-muscular.

II.2.2 Assisto-Controlado: Modo em que a freqüência mínima é fixada, permitindo-se ao paciente respirar com maior freqüência, mantendo-se o restante dos parâmetros fixos, com redução do tempo expiratório.Ex: A/C VCV; PCV.

II.2.3 Modo assistido ou espontâneo: A freqüência livre, dependendo do disparo pelo paciente. Exemplos: PSV, BIPAP, CPAP.

II.2.4 Modo SIMV: Combina um modo controlado sincronizado (Freqüência fixa) com respirações espontâneas ou assistidas (PSV).

III. Indicações:

III.1 Baseada na fisiologia

III.1.1 Manter ou manipular as trocas gasosas pulmonares

III.1.1.1 Ventilação alveolar

1. Normalizar
2. Hiperventilar: Tratamento de hipertensão intracraniana
3. Manter em nível suprafisiológico: Hipercapnia permissiva, DPOC

III.1.1.2 Oxigenação

Manter a Saturação da hemoglobina no nível desejado.

III.1.2 Reduzir ou manipular o trabalho respiratório

III.1.2.1 Fadiga respiratória

Indicação mais usual de ventilação mecânica. O diagnóstico da fadiga é eminentemente clínico (Uso de musculatura acessória, desconforto, alteração do sensório, sudorese, movimento paradoxal do abdômen, taquicardia, hipertensão arterial).

III.1.2.2 Reduzir o trabalho

Ex: Choque cardiogênico, isquemia miocárdica, choque séptico.

III.1.3 Aumentar o volume pulmonar: Prevenir ou tratar atelectasias

III.2 Baseada em objetivos clínicos

III.2.1 Reversão da hipoxemia

III.2.2 Reversão da acidose respiratória

III.2.3 Aliviar o desconforto respiratório

III.2.4 Prevenir ou reverter atelectasia

III.2.5 Reverter a fadiga muscular respiratória

III.2.6 Permitir sedação e bloqueio neuromuscular

III.2.7 Reduzir consumo de oxigênio miocárdico ou sistêmico

III.2.8 Reduzir a pressão intrcraniana

III.2.9 Estabilizar a parede torácica

IV. Iniciando a ventilação mecânica:

IV.1 Parâmetros fixados pelo intensivista (Painel de controle do respirador)

IV.1.1 Modo ventilatório

A escolha do modo ventilatório depende de vários fatores, sendo que a familiaridade com o modo é elemento de destaque para escolha. Na maioria das vezes recomenda-se o modo assisto-controlado na ventilação invasiva e o assistido na não invasiva. Quando se deseja manter ventilação alveolar fixa (Tratamento de hipertensão intracraniana) deve-se conseguir tal objetivo com a adequada sedação associada ou não ao bloqueio
neuromuscular. O opção entre método volumétrico ou pressórico depende da experiência com o método , acapacidade de monitorização adequada do volume minuto e da possibilidade ou não de oscilação muito rápida da mecânica respiratória.

IV.1.2 Volume corrente (Tidal volume)

Deve-se ofertar volume corrente que permita manter a PaCO2 em níveis toleráveis sem promover hiperdistensão alveolar.

O valor do volume corrente não lesivo depende da presença e do tipo de afecção pulmonar.Como regra geral deve-se limitar a pressão plateau em 30-35 cm de H2O e a de pico a 40-45 cm de H2O. Não obstante valores superiores a estes podem ser tolerados sem danos, enquanto a injúria pulmonar pode ocorrer com limites inferiores a estes. A pressão que realmente insufla os pulmões é a transpulmonar, que representa o delta entre a pressão plateau e a pressão pleural. Em circunstâncias em que existe alteração da complacência torácica , tal como na hipertensão intra-abdominal, pode-se utilizar valores superiores a estes sem aumento do risco de injúria

pulmonar. Nestes casos devemos aferir a pressão intra-abdominal para poder melhor programar o limite pressórico.

Nas condições de aumento da resistência respiratória podemos aceitar maiores pressões de pico, desde que a pressão de plateau permaneça em níveis adequados.

Como regra geral podemos estabelecer a seguinte faixa para o volume corrente:

1. Pacientes sem afecção pulmonar: Volume corrente de 8 a 10ml/Kg de peso ideal.

2. Paciente com redução da complacência pulmonar (SDRA) ou aumento da resistência pulmonar:

Volume corrente entre 4 a 8ml/Kg de peso ideal, escolhendo o parâmetro de acordo com a PaCO2 , PH sangüíneo e a repercussão na mecânica pulmonar.

IV.1.3 Pressão inspiratória de ventilação:

A fixação da pressão inspiratória de ventilação é um dos parâmetros de maior importância a ser regulado quando se opta por modos pressóricos. O volume corrente nos modos pressão-controlada é dependente da mecânica e do esforço inspiratório do paciente, da pressão fixada e do tempo inspiratório. Após a regulagem do tempo inspiratório deve-se fixar a pressão de acordo com o volume corrente desejado. Devemos respeitar os limites de pressão de plateau e de pico, ressalvando-se as circunstâncias em que estes limites podem ser ultrapassados sem prejuízo para o paciente.

IV.1.4 Freqüência respiratória

O principal fator a ser considerado ao se estabelecer limites aceitáveis de freqüência é a possibilidade de hiperdistensão alveolar por redução do tempo expiratório.

Assim podemos recomendar como abordagem:

1. Pacientes com afecções que reduzem a complacência pulmonar

Nestes pacientes podemos aceitar freqüências de até 20 irm ou até maiores (até 30) desde que se monitorize a possibilidade de auto-peep.

2. Pacientes com limitação do fluxo expiratório (asma, DPOC)

Nestes pacientes deve-se manter ritmo entre 8 a 12 irm na fase de descompensação, podendo-se aceitar freqüências maiores, com monitorização para auto-peep, à medida que houver melhora clínica e ou se iniciar o desmame.

IV.1.5 Fração inspirada de Oxigênio (FiO2)

Inicia-se a ventilação com FiO2 de 100%(1,0) e logo a seguir com a otimização dos parâmetros relacionados com a melhora da oxigenação (Pressão média de vias aéreas, PEEP, estado hemodinâmico) tenta-se atingir, em 6 a 12 horas ,uma FiO2 menor ou igual a 60% com níveis de oxigenação compatíveis. Em geral o objetivo é manter uma saturação de hemoglobina igual ou superior a 90% nos quadros agudos e maior ou igual a 85% nos casos de pneumopatias crônicas. Se necessário for, com monitorização de parâmetros de oxigenação tissular, podemos aceitar níveis inferiores a estes para não utilizarmos parâmetros com potencial para injúria

pulmonar (Pressão, VC e FiO2). A monitorização da oxigenação tecidual é feita com a Saturação venosa central (>70%), saturação venosa mista (>65%), transporte de oxigênio (DO2).

IV.1.6 Tempo inspiratório (Relação I:E em alguns aparelhos)

O tempo inspiratório de um paciente adulto oscila entre 0,8 a 1,2 segundos. Como o ideal é manter a atividade respiratória dos pacientes em ventilação mecânica devemos tentar fixar o tempo inspiratório do aparelho o mais próximo possível do tempo neural do paciente para evitar dissincronia paciente respirador. Quando se optar por modos com prolongamento ou até inversão da relação I:E temos que eliminar o controle neural do paciente com sedação e até bloqueio neuro-muscular.

Devemos sempre ter conhecimento do tempo inspiratório para averiguar se o mesmo não está sendo o fator causal de alterações indesejadas, tais como dissincronismo, comprometimento hemodinâmico, auto-peep. Nos modos volumétricos em que se fixa o fluxo e o volume corrente, o tempo inspiratório dependerá destas variáveis

(VC, fluxo de pico, padrão da onda de fluxo).

IV.1.7 Pressão expiratória final positiva (PEEP)

IV.1.7.1 Indicações da PEEP

A pressão expiratória positiva no final da expiração é utilizada com os seguintes objetivos:

1. Recrutar e manter o recrutamento alveolar: Nas condições clínicas em que existe pneumopatia com colapso alveolar.

2. Evitar o colapso alveolar: Mesmo em pulmões normais existe uma tendência ao colapso alveolar após a intubação consequente à perda do PEEP fisiológico e à atelectasia de reabsorção . Nestes casos devemos manter PEEP de 3 a 5 cm de H2O.

3. Melhorar o sincronismo do paciente (Broncodilatação mecânica): Nas afecções em que existe autopeep a PEEP extrínseca é utilizada para facilitar o disparo do respirador pelo paciente. Devemos tentar estimar o valor da Auto-PEEP e utilizar uma PEEP extrínseca de cerca de 80% do valor da mesma.

IV.1.7.2 Determinação da recrutabilidade alveolar

Nas afecções com possibilidade de colapso alveolar (SDRA,LPA) devemos determinar se o paciente tem potencial para recrutamento (atelectasia) e, após esta definição, fixar a PEEP adequada para o mesmo.

Após a estabilização hemodinâmica devemos realizar as manobras de recrutamento com o intuito de melhorar as trocas gasosas e definir a recrutabilidade .

O recrutamento alveolar poderá ser realizado através:

1. Pressão de pico fixa e aumento progressivo da PEEP

Neste método mantemos uma pressão de pico de 50 cm de H2O por 2 minutos e aumento progressivo da PEEP,

iniciando-se com 5 cm de H2O. Em cada etapa de 2 minutos checa-se a hemodinâmica, troca gasosa e mecânica pulmonar.

2. Método do gradiente fixo

Mantendo-se um gradiente fixo entre a PEEP e a pressão de pico (geralmente 15 a 20 cm de H2O), iniciando-se com PEEP de 5 cm de H2O (acréscimos de 5 cm) até pressão de 40 a 50 cm de H2O, com duração de 2 minutos cada etapa.

3. Método do CPAP

Manter CPAP de 40 cm de H2O por 40 segundos.

O paciente é considerado recrutável se houver melhora da troca gasosa e ou mecânica pulmonar. Com qualquer dos métodos a piora da mecânica pulmonar (risco de injúria pulmonar) ou da hemodinâmica implica em suspenção, mesmo que temporária, da tentativa de recrutamento.

IV.1.7.3 Determinação da PEEP adequada

Nos pacientes em que não houve resposta às manobras de recrutamento mantemos uma PEEP protetora (5 a 10 cm de H2O), enquanto nos recrutáveis devemos fixar a PEEP ideal para o mesmo.

Métodos de determinação da PEEP ideal:

1. Método empírico

A PEEP ideal seria aquela capaz de manter uma saturação satisfatória com FiO2 igual ou menor que 60% e sem comprometimento da hemodinâmica. Inicia-se com um valor aleatório (geralmente 15 cm de H2O) e, caso haja desrecrutamento, realiza-se nova manobra de recrutamento e fixa-se um valor acima do anterior. Serão realizadas tantas manobras de recrutamento quantas forem necessárias até se conseguir estabilidade do quadro com a PEEP fixada.

2. Método da complacência

Com o paciente sem atividade respiratória, volume corrente já definido fazemos a curva de complacência estática com aumento progressivo da PEEP (de zero, 5,10,15,20 a 25- 30cm de H2O) . A PEEP ideal seria a que produzisse a melhor complacência estática pulmonar.

3. Método da Curva pressão-volume

Necessita da realização da Curva PV estática lenta. Devemos dispor de respirador com Software adequado. O paciente não poderá ter atividade respiratória expontânea. Pré-oxigenação com FiO2 de 100% por 20 minutos, sedação e, ás vezes, bloqueio neuromuscular, estabelecemos um fluxo lento de 1 a 2 l/min e acionamos o comando adequado no respirador (Manual inflation, com a habilitação prévia da Slow inflation, no respirador Newport Wave 200 plus). Após o término da manobra o software do aparelho realizará os cálculos possíveis com esta manobra.

A PEEP ideal seria de 1 a

2 cm de H2O acima do ponto de inflexão inferior da alça inspiratória.

IV.1.8 Fluxo

O fluxo é uma das mais importantes variáveis para melhorar o sincronismo paciente-respirador. O fluxo deve ser fixado entre 40 a 100l/min dependendo da afecção e do padrão respiratório do paciente. Quando não regulado diretamente, como nos respiradores em que se fixa o tempo inspiratório ou relação I:E e o volume corrente, devemos checar no painel de monitorização se o fluxo está adequado. No modos pressóricos o fluxo é livre, lembrar que em alguns aparelhos o botão de fluxo da respiração volumétrica serve como limitador de fluxo de pico na pressão limitada. Devemos liberar o fluxo nos modos pressóricos.

IV.1.9 Sensibilidade

A sensibilidade deverá ser regulada com o intuito de reduzir o quanto possível o esforço para disparar a respiração e ao mesmo tempo impedir a auto-ciclagem. A sensibilidade pode ser de pressão ou de fluxo. Recomenda-se como regra geral uma sensibilidade de –1 a –2 cm de H2O ou 1 a 2l/min. A auto- ciclagem é freqüente quando existe vazamento no sistema, especialmente com a utilização de PEEP. Se houver redução significativa da freqüência respiratória com a redução da PEEP é porquê existe vazamento no sistema, o qual deve ser corrigido.

IV.1.10 Suspiros (Sigh)

A função suspiro está presente em alguns respiradores e serve à função de insuflações periódicas com volume corrente ou pressão maiores que o pré-fixado. Pode ser utilizada como estratégia de recrutamento.

IV.2 Parâmetros monitorizados pelo respirador (Painel de monitorização)

IV.2.1 Pressão de pico

A pressão de pico é muito útil para detectar piora na mecânica respiratória e complicações da ventilação (Pneumotórax, dobra do circuito, secreção no tubo).

IV.2.2 Pressão média de vias aéreas

A pressão média das vias aérea é que melhor se correlaciona com oxigenação pulmonar

IV.2.3 Pressão plateau

A monitorização da pressão plateau serve para estudar a mecânica pulmonar e na aferição da auto-peep. É o parâmetro que estima a pressão alveolar, tendo correlação direta com a possibilidade de injúria pulmonar . È aferida realizando-se uma pausa inspiratória (Inspiratory hold) em um paciente sem comando respiratório.Ao se acionar este comando é realizado automaticamente o cálculo da mecânica pulmonar (Complacência estática e dinâmica e resistência respiratória).

IV.2.4 Pressão expiratória final positiva (PEEP)

A leitura da PEEP deve ser realizada principalmente através do manômetro do respirador.

IV.2.5 Freqüência respiratória

Devemos sempre checar a freqüência respiratória com a ausculta e observar esforços do paciente em que não há disparo do ventilador. Poderá haver discrepância entre estes dados.

IV.2.6 Volume corrente inspirado

Consiste no volume inspirado aferida na alça inspiratória, podendo não corresponder ao volume que irá efetivamente ser oferecido ao paciente devido às perdas por compressão e vazamento no circuito.

IV.2.7 Volume corrente expirado

Constitui em parâmetro de maior confiabilidade por ser medido na fase expiratória. Pode não ser o volume real ofertado ao paciente quando houver saída de gás por outros locais antes do sensor de fluxo expiratório, tal como fístula broncopleural, balonete não competente.

IV.2.8 Fração inspirada de Oxigênio (Oxímetro de circuito)

Alguns respiradores dispõem de oxímetro de circuito para detectar incorreção na FiO2 fixada.

IV.2.9 Tempo inspiratório/Relação I:E

Alguns respiradores mostram o tempo inspiratório e relação I:E do paciente, enquanto outros podem mostrar a relação existente caso a freqüência do paciente fosse a mesma da fixada, o que pode gerar interpretação errônea e risco de auto-PEEP por redução do tempo expiratório à medida que a freqüência aumenta.

IV.2.10 Complacência respiratória

Tanto a complacência dinâmica quanto a estática podem ser monitorizadas em alguns respiradores. Para a aferição da estática com acurácia devemos abolir o controle respiratório do paciente. O cálculo poderá ser manual, com pausa inspiratória adequada ou automático, quando o respirador dispuser deste software.

IV.2.11 Resistência respiratória

Da mesma forma que a complacência a resistência poderá ser calculada, manual ou automaticamente, com parâmetros adequados fixados no respirador.

IV.2.12 Auto-PEEP

A auto PEEP é um parâmetro muito importante de ser detectado pelos efeitos deletérios na mecânica pulmonar e hemodinâmica. Manobras específicas (Vide monitorização respiratória) visam a detecção qualitativa e quantitativa da mesma.

IV.2.13 Outros

IV.3 Alarmes do respirador

IV.3.1 Alarmes reguláveis

IV.3.1.1 Pressão inspiratória máxima

A fixação do alarme de pressão máxima é de estrema importância na detecção de piora da mecânica pulmonar (edema, beroncoespasmo, pneumotórax) e obstrução do circuito respiratório (dobra, secreção). Como regra geral fixamos uma pressão de pico entre 40 a 45cmde H2O. A tolerância para valores acima desta fixa é

condicionada a uma avaliação do paciente (aumento da pressão abdominal, rigidez da caixa torácica).

IV.3.1.2 Pressão inspiratória mínima

Este alarme tem a função de detectar vazamento e desconexão. Deverá ser fixado corretamente para aumentar a sua sensibilidade para estas funções. Geralmente deverá ser fixado 2 a 3 cm abaixo da pressão de pico atingida pelo paciente com o volume corrente fixado.

IV.3.1.3 Volume minuto máximo

Serve para detectar hiperventilação, vazamento e desconexão.

IV.3.1.4 Volume minuto mínimo

Tem a função de detectar hipoventilação. Parâmetro extremamente importante em todos os modos ventilatórios, porém nos modos pressóricos se destaca para detectar piora da ventilação por obstrução nos circuito ou por piora da mecânica respiratória tendo em vista que poderão não serão detectadas pelo alarme de alta pressão.

Alguns respiradores além de alarmar fornecem uma ventilação de retarguarda (Back up ventilation).

IV.3.1.5 Freqüência respiratória

IV.3.1.6 Outros

IV.3.2 Alarmes automáticos

IV.3.2.1 Alarme de falta de energia elétrica

Indica falha de energia por desconexão ou outra razão. Se o respirador não for provido de bateria interna o mesmo ficará inoperante.

IV.3.2.2 Pressão de admissão dos gases

Indica que um ou ambos os gases estão com a pressão fora de faixa para o funcionamento adequado do respirador.

IV.3.2.3 Apnéia

Geralmente pré-fixado para detectar ausência de esforço respiratório que atinja o nível de sensibilidade determinado por um determinado período (20 segundos, por exemplo no Newport wave).

IV.3.2.4 Desconexão

Alarme relacionado com a monitorização de pressão do respirador. Indica desconexão ou vazamento acentuado no circuito.

IV.3.2.5 Inoperabilidade

Este alarme indica uma falha interna grave detectada pelo microprocessador. Se permanecer após desligar e ligar respirador, o mesmo não poderá ser utilizado.

IV.3.2.6 Inversão da relação I:E

Implica tempo inspiratório maior que o expiratório.
IV.3.2.7 Outros

V. Otimização da oxigenação:

Os parâmetros relacionados com a oxigenação a nível pulmonar são:

1. FiO2□□Inicialmente fixada em 100%, porém devemos tentar ationgir um nível seguro (□□60%) em tempo adequado (6 a 12 horas).
2. Pressão média de vias aéreas□□Depende de vários fatores, sendo que a otimização depende de utilizar uma PEEP adequada ou a duração da fase inspiratória.

3. Manobras para melhorar a relação ventilação perfusão:
Posição prona
Uso de óxido nítrico
Uso de almitrina

4. Saturação venosa mista□□A desaturação venosa mista (Baixo débito cardíaco) amplifica o efeito dos distúrbios na relação ventilação perfusão

VI. Otimização da ventilação alveolar:

Manobras para melhorar a ventilação alveolar (Sem alterar o volume corrente)

1. Redução do espaço morto criado pelo circuito
2. Aumento da freqüência respiratória□□Com a monitorização do auto-PEEP podemos deixar o ritmo respiratório atingir 20 a 30 IRM.
3. Lavagem de CO2 pela insuflação traqueal de gás.

VII. Fisioterapeuta:

I. Avaliação Fisioterapeutica

Nas UTIs Adulto e Neonatal o fisioterapeuta deverá preencher, no momento da admissão do paciente, a "Ficha de Admissão Fisioterapeutica" correspondente a cada setor, e nos demais dias de internação deverá seguir com avaliação diária do paciente, registrada no passômetro e/ou evolução eletrônica.

Nas Unidades de Internação a avaliação fisioterapeutica será realizada mediante parecer médico. O fisioterapeuta deverá responder tal parecer e preencher a "Ficha de Admissão Fisioterapeutica nas Unidades de Internação". Caso seja necessário suporte fisioterapeutico, deverá ser realizada avaliação diária do paciente e registro na evolução eletrônica.

Tais procedimentos encontram-se descritos nos seguintes documentos de referencia:

o POP FST 030 - PREENCHIMENTO DO PASSÔMETRO DE FISIOTERAPIA NAS UTIS ADULTO E NEONATAL
o POP FST 050 - ADMISSÃO DE PACIENTES NAS UTIS ADULTO E NEONATAL
o POP FST 053 - AVALIAÇÃO FISIOTERAPEUTICA INICIAL E ORIENTAÇÕES NA ALTA DOS PACIENTES COM SOLICITAÇÃO DE FISIOTERAPIA NAS UNIDADES DE INTERNAÇÃO

I.I. Avaliação Respiratória (Sistema Cardiopulmonar)
☐☐Avaliar os Sinais Vitais, Ausculta Pulmonar, Padrão Respiratório e Exames Complementares: Radiografia de tórax, Hemograma, Gasometria Arterial, e demais exames disponíveis (UTI Adulto, UTI Neonatal e Unidades de Internação).
I.II. Avaliação Motora (Sistema Osteomioarticular)
☐☐Avaliar e testar a integridade articular (Movimentação Passiva) - UTI Adulto, UTI Neonatal e Unidades de Internação.
☐☐Observar a presença de Úlceras de Pressão - UTI Adulto, UTI Neonatal e Unidades de Internação

☐☐Avaliar a Força Muscular (POP FST 056 - MOBILIZAÇÃO DO PACIENTE CRÍTICO) UTI Adulto e Unidades de Internação.
☐☐Observar presença de deformidades Osteoarticulares - UTI Adulto, UTI Neonatal e Unidades de Internação.

II. Conduta Fisioterapeutica
A necessidade de conduta fisioterapeutica e a escolha do procedimento a ser aplicado estarão de acordo com o quadro clínico apresentado pelo paciente e avaliação diária realizada pelo fisioterapeuta.
II.I. Fisioterapia Respiratória
Dentro da fisioterapia respiratória o profissional poderá realizar, de acordo com os documentos de referencia:

☐☐Oxigenioterapia
o PRS HTJ 031 – OXIGENIOTERAPIA
☐☐Ventilação Não Invasiva (VNI)
o POP FST 054 - APLICAÇÃO DE CPAP
o PRS HTJ 031 – OXIGENIOTERAPIA
☐☐Ventilação Mecânica (VM), Desmame e Extubação
o PRS HTJ 042 – INTUBAÇÃO TRAQUEAL: PREPARO E CUIDADOS
o PRS HTJ 043 – TRAQUEOSTOMIA: PREPARO E CUIDADOS

o POP FST 064 – MONTAGEM E TESTE DE VM
o PRS FST 003 – PARAMETROS INCIAIS DE VM
o POP FST 019 - AVALIAÇÃO DA PRESSÃO INTRA-CUFF
o PRS FST 001 – DESMAME E EXTUBAÇÃO
☐☐Aspiração Traqueal e/ou VAS
o POP FST 060 – ASPIRAÇÃO
☐☐Manobras Desobstrutivas
o POP FST 022 - MANOBRA DE FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIA ELPR
o POP FST 023 - MANOBRA DE FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIA – AFE
o POP FST 020 - MANOBRA DE PEEP-ZEEP
o POP FST 044 - TÉCNICAS PARA REMOÇÃO DE SECREÇÃO BRÔNQUICA
☐☐Manobras Expansivas
o POP FST 021 - MANOBRA DE REEQUILÍBRIO TORACO-ABDOMINAL – RTA
o POP FST 043 - TÉCNICAS PARA EXPANSÃO PULMONAR
o POP FST 049 - MANOBRA DE RECRUTAMENTO ALVEOLAR

II.II. Fisioterapia Motora
Dentro da fisioterapia motora o profissional poderá realizar, de acordo com os documentos de referência:
☐☐Posicionamento no leito
o PRS HTJ 033 – POSICIONAMENTO E MUDANÇA DE DECÚBITO
☐☐Elevação de cabeceira

o PRS HTJ 033 – POSICIONAMENTO E MUDANÇA DE DECÚBITO

☐☐Mobilização global
o POP FST 024 - ATIVIDADE FÍSICA PRECOCE EM RNS DE MUITO BAIXO PESO
o POP FST 042 - ALONGAMENTOS MUSCULARES
o POP FST 045 - MOBILIZAÇÕES PASSIVAS
o POP FST 046 - FORTALECIMENTOS MUSCULARES
o POP FST 056 - MOBILIZAÇÃO DO PACIENTE CRÍTICO
o POP FST 059 – CONTRAINDICAÇÕES PARA FISIOTERAPIA MOTORA

III. Cuidados Pós Alta
Como cuidados pós alta, o fisioterapeuta deverá encaminhar junto à documentação do paciente a "Prescrição de Orientações Fisioterapêuticas na Alta" referente a cada setor (UTI Adulto, UTI Neonatal e Unidades de Internação). Tais orientações dissertam sobre cuidados fundamentais

com o paciente, visando à prevenção de novas infecções e manutenção da integridade osteomioarticular. Tais orientações estão expostas nos seguintes documentos:

o POP FST 053 - AVALIAÇÃO FISIOTERAPEUTICA INICIAL E ORIENTAÇÕES NA ALTA DOS PACIENTES COM SOLICITAÇÃO DE FISIOTERAPIA NAS UNIDADES DE INTERNAÇÃO

o POP FST 057 - PRESCRIÇÃO DE ORIENTAÇÕES FISIOTERAPEUTICAS NA ALTA DAS UTIS ADULTO E NEONATAL

IX. Médico:

01. Atuar de acordo com plano terapêutico

X. Enfermagem:

01. Atuar de acordo com o plano de cuidados

XI. Fórmula de Monitorar:

01. Tempo Médio de Pacientes sob V.M UTI
02. Índice de Reintubação UTI Adulto;
03. Índice de VAP / 1000 dias UTI

XII. Referências:

Rouby JJ, Constantin JM et al. Mechanical ventilation in patients with acute respiratory distress syndrome. Anesthesiol, 101(1):228-34,2004.

Tobin MJ. Advances in mechanical ventilation. NEJM,344(26):1986-95,2001.

Slutsky AS, Brochard L et al. Mechanical ventilation. Chest,104(6):1833-58,1993.

10.2.3: ÁREA DA QUALIDADE TÉCNICA

IMPLEMENTAÇÃO DE SERVIÇOS E FUNCIONAMENTO DA EQUIPE INTERDISCIPLINAR

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

PRT CLIN 001 - SÍNDROME DO DESCONFORTO RESPIRATÓRIO AGUDO - SDRA

Introdução

A síndrome do desconforto respiratório agudo (SDRA) é definida como toda forma de edema pulmonar de origem não cardiogênica.

1. Objetivos

Orientar adequado manejo da síndrome do desconforto respiratório agudo.

2. Definições

- SDRA: é a incapacidade do sistema respiratório em manter a oxigenação e/ou ventilação ocasionando falha no suprimento das demandas metabólicas do organismo.

3. Descrição / Procedimento

Classificação:

- SDRA Pulmonar
- SDRA extra-pulmonar

Etiologia:

Agressão indireta (Via hematológica)

- Pneumonia
- Aspiração
- Contusão pulmonar
- Embolia gordurosa
- Afogamento
- Lesão por inalação
- Lesão por reperfusão
- Outros

Agressão direta (Vias aéreas)

- Sepse
- Politraumatismo
- Circulação extracorpórea
- Drogas
- Pancreatite aguda
- Transfusão (TRALI)

Diagnóstico:

- Clínica: Presença de desconforto respiratório (Dispnéia, taquipnéia)
- Radiologia: Infiltrado pulmonar, na maioria das vezes bilateral
- Presença de fator desencadeante
- Ausência de um diagnóstico alternativo

Estadiamento clínico:

- Gravidade da alteração da troca gasosa aferida através da relação PaO2/FiO2

>301	Normal (0)
>201 e < 300	Lesão pulmonar aguda (1)
101 a 200	Moderada (2)
<100	Grave (3)

- Extensão do infiltrado pulmonar: Um a quatro quadrantes
- Gravidade da alteração da mecânica pulmonar aferida pela complacência estática
- Nível de PEEP necessário para permitir troca gasosa satisfatória
- Etiologia

Diagnóstico diferencial:

- Edema pulmonar cardiogênico
- Pneumopatia crônica intersticial prévia (Fibrose pulmonar, outras afecções restritivas parenquimatosas)
- Pneumopatia aguda com mecanismo fisiopatológico e tratamento específicos (Hemorragia

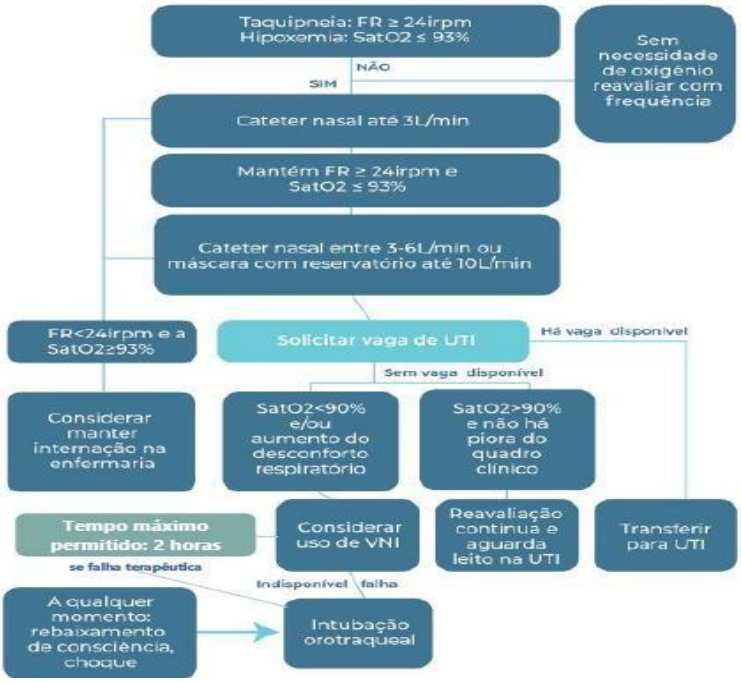
alveolar aguda)

4. Tratamento

Tratamento clínico

- Abordagem ventilatória
- Realizar a intubação tão logo se caracterize ser a SDRA
- Iniciar com modo assisto-controlado pressórico ou volumétrico de acordo com a experiência do grupo e FiO2 a 100%. A manutenção de atividade respiratória parece melhorar a relação V/Q por gerar ventilação nas regiões peri-diafragmáticas.
- Realizar manobras de recrutamento, desde que não haja contra-indicação imediata (Instabilidade hemodinâmica)
- Realizar estabilização hemodinâmica rápida com volume e aminas vasoativas, pós otimização da volemia, nos casos instáveis que não permitam o recrutamento imediato.
- Manter volume corrente entre 4 a 8 ml/Kg e não permitir, por princípio, pressão de plateau maior que 35 cm de H2O. Quanto menor a pressão plateau menor a possibilidade de lesão pulmonar induzida pela ventilação.
- Permitir hipercapnia (PH até 7,1 por acidose respiratória) e PaCO2 até 80 mmHg, desde que não haja contra- indicação (Hipertensão intracraniana).
- Objetivar manter após recrutamento uma FiO2 $\leq$ 60%, SpO2 > 90% e PaO2 > 60mmHg.

  Em pacientes com complacência de parede diminuída (distensão abdominal, edema parietal) avaliar a pressão intravesical para permitir maiores valores de pressão de plateau caso a troca gasosa esteja inadequada.
- Após melhora das trocas gasosas iniciar a redução da FiO2 até atingir a FiO2 de 40%; a seguir iniciar lentamente a redução da PEEP.
- Nos casos refratários podemos utilizar: a) Posição prona, b) Óxido nítrico



Adendos

- A verdadeira pressão que é transmitida ao parênquima pulmonar é pressão transpulmonar, constituída pela diferença da pressão em vias aéreas e pleural. O Limite máximo de pressão transpulmonar é de 20 cm de H20; porém mesmo este nível pode gerar lesão pulmonar.
- A pressão transpulmonar regional apresenta heterogeneidade dependente de vários fatores (Gravidade, peso do mediastino sobre os pulmões, pressão intra-abdominal, irregularidades na parede torácica, pressão endovascular).
- A recrutabilidade varia com o tempo e posição do paciente, devendo ser reavaliada periodicamente.
- Quando se optar pela posição prona o paciente deverá ficar em posição Tremdlemburg reversa de 15 a 30% e permanecer em pronação o maior tempo possível. Uma vez ao dia posicionar o paciente em posição supina para realizar cuidados e outras intervenções que dependam do decúbito ventral, bem como para minimizar a agressão que a posição prona impõe ao paciente. Recomenda-se manter em prona por 20 0u mais horas/dia.

5. Referências

1. Marini JJ, Gattinoni L. Ventilatory management of acute respiratory distress syndrome : A consensus of two. CritCare Med 2004;32: 250-55.

2. Bernard GR, Artigas KL et al. Report of the American-European consensus conference on ARDS: Definitions, mechanisms, relevant outcomes and clinical trial confirmation. Intensive Care Med1994;20:225-232.

3. Brower RG, Rubenfeld GD. Lung –protective ventilation strategies in acute lung injury. Crit Care Med2003;31:312-315.

4. Rouby Jean-Jacques, Constantin Jean-Michel et al. Mechanical ventilation in Patients with Acute RespiratoryDistress Syndrome. Anesthesiology 2004; 101:228-34.

5. Tobin MJ. Advances in mechanical ventilation. N Engl J Med 2001; 344:1986-96.

6. Brower RG, Ware LB et al. Treatment of ARDS. Chest 2001;120:1347-67

PTC CLIN 002 - TRATAMENTO DA CETOACIDOSE DIABÉTICA E ESTADO HIPERGLICÊMICO HIPEROSMOLAR EM ADULTOS

1. Introdução

Cetoacidose diabética e estado hiperglicêmico hiperosmolar são as 2 complicações agudas mais sérias do diabetes. Em geral:

CAD: glicemia > 250 + pH ≤ 7,3 + bicarbonato < 15 + cetonúria ou cetonemia. Cetoacidose é o achado maior, glicose geralmente < 800 mg/dl, frequentemente entre 350 e 500 mg/dl, mas pode chegar a ser > 900. Pode ainda ser normal ou < 250 mg/dl (gestação, má ingestão oral, uso de insulina antes da admissão, uso de inibidores de SGLT2).

EHH: glicemia > 600 + pH > 7,3 + osmolaridade > 320mOsm/kg. Pouco ou nenhum acúmulo de cetoácidos, glicemia frequentemente > 1000 mg/dl, aumento de osmolaridade e alterações neurológicas frequentes (coma em 25 a 50% dos casos).

2. Objetivos

- Identificar o EHH e/ou CAD, reconhecer a gravidade e fazer o manejo inicial adequado quadro.

3. Definições

- **CAD:** Cetoacidose diabética
- **EHH:** Estado hiperglicêmico hiperosmolar

4. Procedimento / Descrição da rotina

4.1. Quadro Clínico

São complicações graves associadas ao diabetes melito com presença de hiperglicemia (podem ser sintomas de apresentação inicial da doença ou ocorrer em pacientes já com diagnóstico de diabetes).

- CAD: Geralmente crianças e adultos jovens, instalação rápida (poucos dias a horas), hálito cetônico, respiração de kussmaul (ocorre quando pH abaixo de 7,2), náusea, vômito, dor abdominal
- EHH: Pacientes geralmente acima dos 40 anos, instalação progressiva (vários

dias), rebaixamento do nível deconsciência e desidratação.

4.2. Diagnóstico

Critérios Diagnósticos e classificação (Tabela 1)
CAD: glicemia > 250 + pH ≤ 7,3 + bicarbonato < 15 + cetonúria ou cetonemia. EHH: glicemia > 600 + pH > 7,3 + osmolaridade > 320 mOsm/kg.

Tabela 1: **Critérios Diagnósticos e classificação de CAD e EHH***

	CAD			EHH
	Leve	**Moderada**	**Severa**	
Glicose plasmática (mg/dL)	> 250	> 250	> 250	> 600
pH arterial	7,25 – 7,3	7,0 – 7,24	< 7,0	> 7,3
Bicarbonato sérico (mEq/L)	15 – 18	10 – 14,99	< 10	> 18
Corpos cetônicos séricos e/ou urinários**	+	++	+++	Raros/ausentes
Osmolaridade (mOsm/kg)***	Variável	Variável	Variável	> 320
Ânion gap ******	> 10	> 12	> 12	Variável
Sensório	Alerta	Obnubilado	Torpor/coma	Torpor/coma

* Pode haver sobreposição diagnóstica considerável entre CAD e EHH.

** Reação do nitroprussiato.

*** Osmolaridade= 2 [Na (mEq/L)] + glicose (mg/dl)/18 (normal = 290 +ou- 5).

**** Ânion gap = Na – (Cl + HCO3) (mEq/L) (normal = 9 a 12)

Déficit corporal total típico de água e eletrólitos na CAD e EHH

	CAD	EHH
Água total (L)	6	9
Água (mL/kg)	100	100 a 200
Na+ (mEq/kg) – Sódio	7 a 10	5 a 13
Cl- (mEq/kg) – Cloro	3 a 5	5 a 15
K+ (mEq/kg) – Potássio	3 a 5	4 a 6
PO4 (mmol/kg) – Fosfato	5 a 7	3 a 7
Mg++ (mEq/kg) – Magnésio	1 a 2	1 a 2
Ca++ (mEq/kg) – Cálcio	1 a 2	1 a 2

4.3. Exames Complementares

Chegada:

- Glicemia, ureia, creatinina, sódio, potássio, cloro, hemograma completo, proteína C reativa, gasometria venosa ou arterial; Cetonuria e/ou cetonemia a se disponível; Urina tipo 1; Radiografia de tórax.

Pode ajudar:

- Se rebaixamento, avaliar e solicitar transferência para realização de TC crânio. ECG se distúrbio hidroeletrolítico importante ou suspeita de IAM.
- Se suspeita de infarto, enzimas e demais exames para investigação.
- Outros exames que ajudam: amilase, lipase, enzimas hepáticas, se suspeita de infecção, lactato se hipoperfusão e outros.

Durante o tratamento:

- Dextro de 1 em 1 hora inicialmente; aumentar intervalo para 2/2h quando glicose < 200 (CAD) ou 300 (EHH), gasometria em melhora, K adequado, já iniciou SG5% + NaCl 0,45% e dextros continuam adequadas. Quando iniciar NPH e paciente estabilizado, com melhora clinica, aumentar intervalo para 4/4h.

- Gasometria venosa, Na, K cada 2 a 4horas (se má perfusão ou dextro muito alterado, incluir glicemia sérica) – Apenas quando iniciar NPH ir para cada 4-6h – após 12-24h com NPH e paciente bem, reduzir para cada 12- 24h.
- Cloro pode ser solicitado durante tratamento para reavaliar acidose e checar possível acidose hiperclorêmica.

5. Tratamento

5.1. Dieta

- Jejum na chegada.
- Reiniciar dieta quando CAD ou EHH resolvido (Glicemia < 250 mg/dl, PH >7,3, BIC > 18mEq/l), paciente estável, sem vômitos, com ruídos hidroaéreos presentes, sem pancreatite.

5.2. Hidratação

- Na chegada 1L SF 0,9% em 1h – depois 500mL cada 1h até exames.
- Se choque cardiogênico ou hipotensão importante – manter hidratação com SF 0,9% e considerar acesso venoso central, monitorização de PVC e aminas vasoativas até recuperação hemodinâmica.
- Se necessitar grande quantidade de SF, considerar outro cristaloide, como riger lactato, para evitar acidosehiperclorêmica.
- Após recuperação hemodinâmica ou desidratação leve, correr 250-500ml/h de solução a depender do valor dosódio (sódio baixo (< 135 mEq/l) - SF 0,9%; alto ou normal (> 135 mEq/l) NaCl 0,45%).
- Na sérico corrigido = para cada 100 mg/dL de glicose acima de 100 mg/dL de glicemia, somar 1,6mEq ao valordo sódio sérico medido.
- Quando glicemia 250 mg/dl (CAD) ou 300 mg/dl (EHH) – adicionar SG5% a NaCl 0,45% ou SF0,9% (adepender do valor de Sódio) - 150 a 250ml/h.

5.3. Insulina

Não iniciar insulina se K 135 mEq/l) + 25 mEq de potássio (10 mL de KCl 19,1%) em 1h – reavaliar após!!!

- Quando K > 3,3 – fazer 0,1 UI/Kg bolus EV.

- Preparar solução de SF e insulina R (100 ml SF + 50 U insulina = 0,5 U/ml) e iniciar em bomba 0,1 UI/Kg/h (0,2mL/Kg/h).
- Ajustar volume de infusão (dobrar ou reduzir) conforme dextro de 1 em 1 hora (objetivo queda de 50-70mg/dL nas dextros).
- Após glicemia 250 mg/dl (CAD) ou 300 mg/dl (EHH) – reduzir insulina para: 0,02 - 0,05 UI/Kg/h – objetivar manter dextro 150 - 200 mg/dl (CAD) ou 200 - 300 mg/dl (EHH).
- Iniciar insulina SC com 10U de insulina regular quando pH > 7,3 HCO3 > 18,anion gap < 12, melhora clínica (CAD) ou osm < 315 e paciente alerta (EHH) – se paciente bem, com exames mantidos 1 hora depois da insulina regular suspender a EV e deixar dextro de 4 em 4 horas com correção conforme o esquema abaixo:

180 – 200:	2 U
201 – 250:	4 U
*** > 401:**	10 U

251 – 300:	6 U
301 – 400:	10 U

**** Tendência a elevação ou piora clínica: solicitar eletrólitos e gasometria Arterial.***

Quando já com insulina SC regular e aceitando dieta, iniciar insulina NPH 0,5 U/Kg/dia. Paciente que sabe o esquema prévio que fazia uso, ajustar dose e reintroduzir com quantidade um pouco abaixo para evitar hipoglicemia.

5.4. Bicarbonato

- **pH > 7,0:** NÃO FAZER BICARBONATO;
- **pH 6,9 - 7,0:** existem referências que orientam 50 ml HCO3 8,4% em 200 ml água + 10 mEq KCl;
- **pH < 6,9:** 100 ml HCO3 8,4% em 400 ml água + 20 mEq KCl.

5.5. Potássio

- **K < 3,3:** não iniciar insulina!!! - correr 500-1000mL SF 0,9% (ou 0,45% se Na > 135 mEq/l) + 25 mEq depotássio (10 mL de KCl 19,1%) em 1h – reavaliar após – repetir dosagem até K > 3,3;

- **3,3 < K < 5,3:** repor 20-30mEq/L de solução sendo infundida no paciente – dosar K cada 2 a 4h – objetivo de Kserico de 4-5mEq/L;
- **K > 5,3:** não repor K e iniciar insulina – repetir cada 2h.

5.6. Fosfato

- A queda nas concentrações de fosfato durante o tratamento é aguda, autolimitada e geralmente assintomática, sendo rara a presença de mioglobinúria, rabdomiólie e hemólise.
- Administração rotineira de fosfato não é recomendada.
- Repor fosfato quando pacientes apresentam disfunção cardíaca, anemia hemolítica, depressão respiratória enaqueles com fosfato sérico menor que 1,0 mg/dl.
- Reposição: 20-30 meq/l de fosfato de potássio adicionados às soluções de reposição. Metas do tratamento: CAD: pH > 7,3 HCO3 > 18,anion gap < 12, melhora clínica e glicemia 150 a 200.
- EHH: osm < 315, paciente alerta e glicemia 200 a 300.

6. Referências

1. Azevedo LCP, Taniguchi LU, Ladeira JP editores, Emergências no diabetes mellitus. In Medicina Intensiva – Abordagem pratica. 1ª edição. Barueri – SP: Manole, 2013. 477 - 492.

2. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes (2015-2016) / Adolfo Milech...[et. al.]; organização José Egidio Paulo de Oliveira, Sérgio Vencio - São Paulo: A.C. Farmacêutica, 2016

3. Kitabchi AE, Umpierrez GE, Fisher JN, et al. Thirty years of personal experience in hyperglycemic crises: diabetic ketoacidosis and hyperglycemic hyperosmolar state. J Clin Endocrinol Metab 2008; 93:1541.

4. Perilli G, Saraceni C, Daniels MN et al. Diabetic ketoacidosis: a review and update. Curr Emerg Hosp Med Rep2013; 1: 10–17.

5. Savage MW, Dhatariya KK, Kilvert A, et al. Joint British Diabetes Societies guideline for the management ofdiabetic ketoacidosis. Diabet Med 2011; 28:508. 10. Nyenwe EA, Kitabchi AE. Evidence-based management of

PTC CLIN 003 - PNEUMONIA COMUNITÁRIA NO ADULTO

1. Introdução

Pneumonias são doenças inflamatórias agudas de causa infecciosa que acometem os espaços aéreos e são causadas por vírus, bactérias ou fungos. A pneumonia bacteriana adquirida na comunidade se refere à doença adquirida fora do ambiente hospitalar ou de unidades especiais de atenção à saúde ou, ainda, que se manifesta em até 48 h da admissão à unidade assistencial.

Este protocolo se aplica para pacientes que necessitam de transferência hospitalar até liberação da vaga.

2. Objetivos

Estabelecer conduta frente as pneumonias adquiridas na comunidade atendidas na instituição.

3.Definições:

- **PAC:** Pneumonia adquirida na comunidade
- **TBC:** Tuberculose

4. Procedimento / Descrição da rotina

4.1. Diagnóstico

Considera-se pneumonia em paciente com evidência radiológica de pneumonia, com pelo menos um dos seguintes sinais ou sintomas abaixo:

- ✓ Tosse
- ✓ Dor
- ✓ Febre>38°C
- ✓ Escarro
- ✓ Frequência respiratória >25 rpm
- ✓ Ausculta pulmonar compatível (estertores, roncos ou macicez à percussão do tórax)

4.2. Propedêutica Radiografia de Tórax

- A radiografia de tórax, em associação com a anamnese e o exame físico constitui o método de escolha na

  abordagem inicial da pneumonia comunitária. Além de ser essencial para o diagnóstico, auxilia na avaliação da gravidade, identifica o comprometimento multilobar e pode sugerir etiologias alternativas, tais como abscesso eTBC.

- A radiografia de tórax deve ser realizada, em incidência póstero-anterior e em perfil,

na abordagem inicial depacientes com suspeita de pneumonia comunitária (Evidência C).

- Pacientes com pneumonia de baixo risco, tratados ambulatorialmente, devem realizar apenas a radiografia detórax como exame subsidiário (Evidência A).

4.3. Saturação periférica de oxigênio e gasometria arterial

- A SpO2 deve ser observada na rotina, antes do uso eventual de oxigênio (Evidência A).
- A gasometria arterial deve ser realizada na presença de SpO2 ≤ 90% em ar ambiente e em casos depneumonia considerada grave (Evidência A).
- A presença de hipoxemia indica o uso de oxigênio suplementar e admissão hospitalar (Evidência A).

4.1. Exames Laboratoriais

- O resultado de dosagem de uréia acima de 65mg/dL (correspondente a um valor igual ou superior a 11mmol/L) constitui um forte indicador de gravidade.
- O hemograma tem baixa sensibilidade e especificidade, sendo útil como critério de gravidade e de resposta terapêutica. Leucopenia (< 4.000 leucócitos/mm3) denota mau prognóstico.
- Dosagens de glicemia, de eletrólitos e de transaminases não têm valor diagnóstico, mas podem influenciar na decisão da hospitalização, devido à identificação de doenças associadas.
- A Proteína C Reativa é um marcador de atividade inflamatória e pode ter valor prognóstico no acompanhamento do tratamento. A manutenção de níveis elevados após 3-4 dias de tratamento e umaredução inferior a 50% do valor inicial sugere pior prognóstico ou surgimento de complicações. Não há dados consistentes para utilizá-la como um guia na decisão da utilização ou não de antibióticos.
- Evidências de hipoperfusão em pacientes ainda sem hipotensão, demonstradas por níveis séricos de lactato > 4 mmol/dL, identificam pacientes de maior risco.

4.2. Indicação para internação

CÓPIA controlada - UPA Timóteo

- A decisão de internação do paciente com PAC constitui prerrogativa do médico.
- Indicação de tratamento em UTI (transferência via SUS Fácil): Pacientes com PAC evoluindo com choque séptico, requerendo drogas vasopressoras, ou com falência respiratória aguda, necessitando de VM, ou paciente com dois dos seguintes critérios:
  - PAS < 90 ou PAD ≥ 60 mmHg
  - Relação PaO2/FiO2 < 250
  - RX de tórax com infiltrado multi-lobar/bilateral
- Considerar a avaliação das doenças associadas, da extensão radiológica, do grau de oxigenação, dos fatores psicossociais e socioeconômicos e da viabilidade do uso de medicação por via oral.
- Comorbidades a serem consideradas: DPOC, AVC, Insuficiência cardíaca, Insuficiência renal crônica, Insuficiência hepática, Desnutrição, Diabetes Mellitus.

5. Tratamento

- O principal aspecto a ser considerado na escolha do esquema do tratamento é a gravidade da apresentação clínica inicial.
- A antibioticoterapia deve ser instituída o mais precocemente possível (Evidência C).
- Em pacientes portadores de PAC grave e hipotensão arterial, apesar de reposição volêmica adequada e dependente de drogas vasoativas, a infusão endovenosa de hidrocortisona pode ser utilizada (Evidência B).
- Indivíduos adultos com PAC leve a moderada gravidade podem ser efetivamente tratados com antibióticos ministrados por um período igual ou inferior a 7 dias (Evidência A).
- A terapia combinada (beta-lactâmico associado a um macrolídeo ou quinolona) não é superior à monoterapia
- em pacientes de baixo risco (Evidência B).

Internados não grave	Internados graves (Indicação de UTI)
Amoxacilina/Clavulanato 1g IV 8/8h **ou** Claritromicina 500mg IV 12/12h **ou** Ceftriaxona 1g IV 12/12h	Ceftriaxona 1g IV 12/12h + Azitromicina 500mg IV 24/24h **ou** Ceftriaxona 1g IV 12/12h + Claritromicina 500mg IV 12/12h **ou** Ceftriaxona 1g IV 12/12h + Clindamicina 600mg IV 8/8h **ou** Cefepime 2g IV 8/8h
Sepse foco pulmonar: Consultar	PTC OSSHMTJ 002

6. Referências

https://cdn.publisher.gn1.link/jornaldepneumologia.com.br/pdf/2018_44_5_16_portugues.pdf

Protocolo Assistencial Pronto Socorro Pneumonia Bacteriana Adquirida na Co munidade. https://www.hcor.com.br/area-medica/wp-content/uploads/2020/11/13.-Protocolos_Pronto_Socorro_Pneumonia_Bacteriana_Adquirida.pdf

Guia de antimicrobianos: protocolos e diretrizes, antibioticoterapia e prevenção de infecções hospitalares. – Coordenação: Cláudia M. Dantas de Maio Carrilho, Jaqueline Dario Capobiango. – 3. ed. – Londrina: Unimed, 2016.115 p.: il.

Diretrizes da Associação Latino-americana do Tórax para o tratamento das pneumonias adquiridas na comunidade. Arch. Bronconeumol. 2004;40:364-374.

PTC CLIN 004 – INFECÇÃO DO TRATO URINÁRIO

1. Introdução

A infecção do trato urinário (ITU) é uma das causas mais comuns de infecção na população geral. Particularmente as mulheres são mais vulneráveis. Porém, os homens também são acometidos, principalmente quando há doença prostática associada. Este protocolo se aplica para pacientes que necessitam de transferência hospitalar até liberação da vaga em unidade hospitalar.

2. Objetivos

- Estabelecer conduta frente as infecções de vias urinárias na unidade.

3. Definições

- **ITU:** ITU é definida pela presença de agente infeccioso na urina, em quantidades superiores a 100.000 unidades formadoras de colônias bacterianas por mililitro de urina (ufc/ml). A infecção urinária pode ser sintomática ou assintomática, sendo chamada neste último caso, de "bacteriúria assintomática". A ITU pode acometer somente o trato urinário baixo, sendo chamada de "cistite", ou afetar também o trato urinário superior (infecção urinária alta), sendo chamada de "pielonefrite".

4. Procedimento / Descrição da rotina

- **Sintomas na cistite:** dor ao urinar, urgência para urinar, aumento da frequência do desejo de urinar, e dor suprapúbica (na parte inferior do abdome). A febre, na maior parte das vezes, não está presente. O que pode ocorrer, é alteração do odor, aspecto e cor da urina, embora nem sempre.
- **Sintomas na pielonefrite:** se inicia habitualmente após um quadro de cistite, ocorre frequentemente febre alta (geralmente superior a 38°C), associada a calafrios e dor lombar de um ou de ambos os lados. Febre, calafrios e dor lombar formam a tríade de sintomas característicos da pielonefrite, estando presentes na maioria dos casos.
- Atentar para presença de outros sintomas observados nas infecções graves: prostração, anorexia, vômitos, dor abdominal, desorientação.
- Considerar infecção grave com repercussão sistêmica na presença de delirium,

mudanças de comportamento, febre ou calafrios sem outro foco infeccioso ou hipotensão sem causa aparente.

- Atenção aos medicamentos em uso, como antibióticos, imunossupressores (uso atual ou recente).
- Questionar doenças prévias, principalmente outros episódios de ITU e como foram caracterizados e tratados.

Propedêutica

Exames	Indicação
Urina rotina	Todos os pacientes
Hemograma, PCR quantitativo	Pacientes com ITU alta ou critérios para complicação

Demais exames (cultura, ultrassonografia) não são realizados na unidade; devem ser solicitados via internação hospitalar ou a nível ambulatorial.

Se poliúria, exame torna-se menos expressivo e até mesmo normal, mesmo na vigência de ITU. Nestes casos deve-se valorizar mais os sintomas, mesmo com pouca leucocitúria.

- A leucocitúria é o parâmetro mais utilizado pelo médico generalista, contudo, sua baixa sensibilidade e especificidade tem grande potencial de induzir a erros de interpretação.
- Importante ressaltar que o achado de células epiteliais na análise da amostra de urina é fortemente indicativo de contaminação durante a coleta do material.
- A leucocitúria, hematúria e cilindrúria são só sugestivas de ITU, mas não permitem seu diagnóstico definitivo.
- A presença de nitrito é sugestiva de ITU, mas também não permite diagnóstico definitivo.

Critérios para complicação

- Febre/calafrios
- Dor em flancos
- Náuseas/Vômitos
- Dor no ângulo costovertebral

Risco para complicações

- Anormalidade anatômica/Funcional

- Corpo estranho
- Imunossupressão
- Obstrução
- Gravidez
- Antibioticoterapia inadequada
- Falha de resposta terapêutica
- Instrumentação

5. Tratamento

ITU não complicada	ITU complicada
Sulfametaxazol-Trimetoprim 400/80mg 5 ml IV 12/12h por 7 dias **ou** Amoxacilina/Clavulanato 1g IV 8/8h por 7 dias **ou** Ciprofloxacino 400mg IV de 12/12 horas por 7 dias	Ceftriaxona 1g IV 12/12h por 7 a 10 dias **ou** Cefepime 1g IV 8/8h por 7 a 10 dias
Sepse urinária: Consultar PTC OSSHMTJ 002	

Atentar para os ajustes de doses quando pertinente (Consultar PTC Uso de Antimicrobiano).

6. Referências

Melo IC, Penna JTM. Infecção Urinária no idoso. In Rocha MOC, Pedroso ERP, Santos AGR., eds, Infectologia Geriátrica. 1 ed. Fundo Editorial Byk. 1997: 163-170.

Penna JTM, Neto MC. Infecções do Trato Urinário. In: Rocha MOC, Pedroso ERP. (Eds.). Fundamentos em Infectologia, 1 ed, Rubio, p.429-440, 2009.

Hasegawa E. Infecção de Trato Urinário. In: In: Guimarães HP, Borges LAA, Assunção MSC, Reis HJL. Manual de Medicina de Emergência. São Paulo: Editora Atheneu: 2017: 587-593.

PTC CLIN 005 – ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL

1. Introdução

Magnitude: Em países desenvolvidos, o acidente vascular cerebral (AVC) é a segunda causa de morte em homens e mulheres, assumindo um padrão crescente em países em desenvolvimento, que representa hoje cerca de dois terços de todos os casos registrados. Estimativas sugerem o AVC será a segunda causa de morte em todo o mundo e estará entre as cinco primeiras causas de incapacidade.

Transcendência: Dez por cento das mortes ocorridas no mundo são motivadas por AVC, o que faz do AVC ser o segundo maior responsável pelos óbitos do planeta. Dados apontam que no Brasil, o AVC foi também causa de 10% das mortes. Outra característica importante do AVC é ser a causa mais frequente de incapacidade. É também o segundo causador de demência e a etiologia mais frequente de epilepsia no idoso. Em decorrência das implicações proporcionadas pelo AVC, é necessário um protocolo para atendimento adequado dessa população. O AVC é o principal diagnóstico etiológico para déficit neurológico de instalação súbita. Um protocolo multiprofissional orienta o rápido reconhecimento de AVC, a estabilização do paciente e o tratamento de repercussão que, em casos corretamente selecionados, reduz sequelas de forma significativa. O protocolo também visa à instituição de terapêuticas adequadas para reduzir complicações e a recorrência do evento. É importante salientar a importância da terapêutica precoce de reabilitação, além de orientações aos familiares, cuidadores e aos pacientes.

2. Objetivos

Fornecer orientações práticas para toda a equipe envolvida na abordagem dos pacientes com início agudo de sintomas sugestivos de AVC e também para os pacientes com AVC não agudo (maior do que 24 horas do início dos sintomas), mas que internam devido persistência do déficit. As diretrizes internacionais e nacionais compõem os passos que constituem as recomendações deste protocolo.

3. Definições

AVC: Acidente vascular cerebral, é definido como um dano neurológico súbito motivado por isquemia ou hemorragia no sistema nervoso central. Estima-se que cerca de 80% dos acidentes vasculares cerebrais sejam de origem isquêmica e 20% hemorrágica.

4. Procedimento / Descrição da rotina

4.1. Anotação 1

Pacientes com suspeita de AVC, ou seja, na presença de um ou mais sintomas (início súbito de perda de força, sensibilidade; dificuldade visual; dificuldade de fala e compreensão; confusão mental; desequilíbrio eincoordenação motora; cefaléia intensa).

4.2. Anotação 2

As medidas iniciais, descritas a seguir, são aplicadas a todos os pacientes com suspeita clínica ou confirmação diagnóstica de AVC. Elas são necessárias para estabilização hemodinâmica e permitem o tratamento trombolítico na fase aguda do AVCI.
O enfermeiro fica responsável por coordenar a coleta de exames ou acionar o responsável do laboratório(glicemia, hemograma, coagulograma, sódio, potássio, uréia, creatinina, marcadores de necrose miocárdica e se pertinente β-HCG), acesso venoso periférico, além de tratar hipertermia (conforme prescrição médica), hipoxemiae eventuais distúrbios de glicemia.

Monitorização respiratória

- A manutenção da oxigenação adequada é importante nos casos de AVC, prevenindo a hipóxia.
- A oferta de oxigênio suplementar deve ser realizada quando a saturação de oxigênio no oxímetro de pulso formenor que 94%.

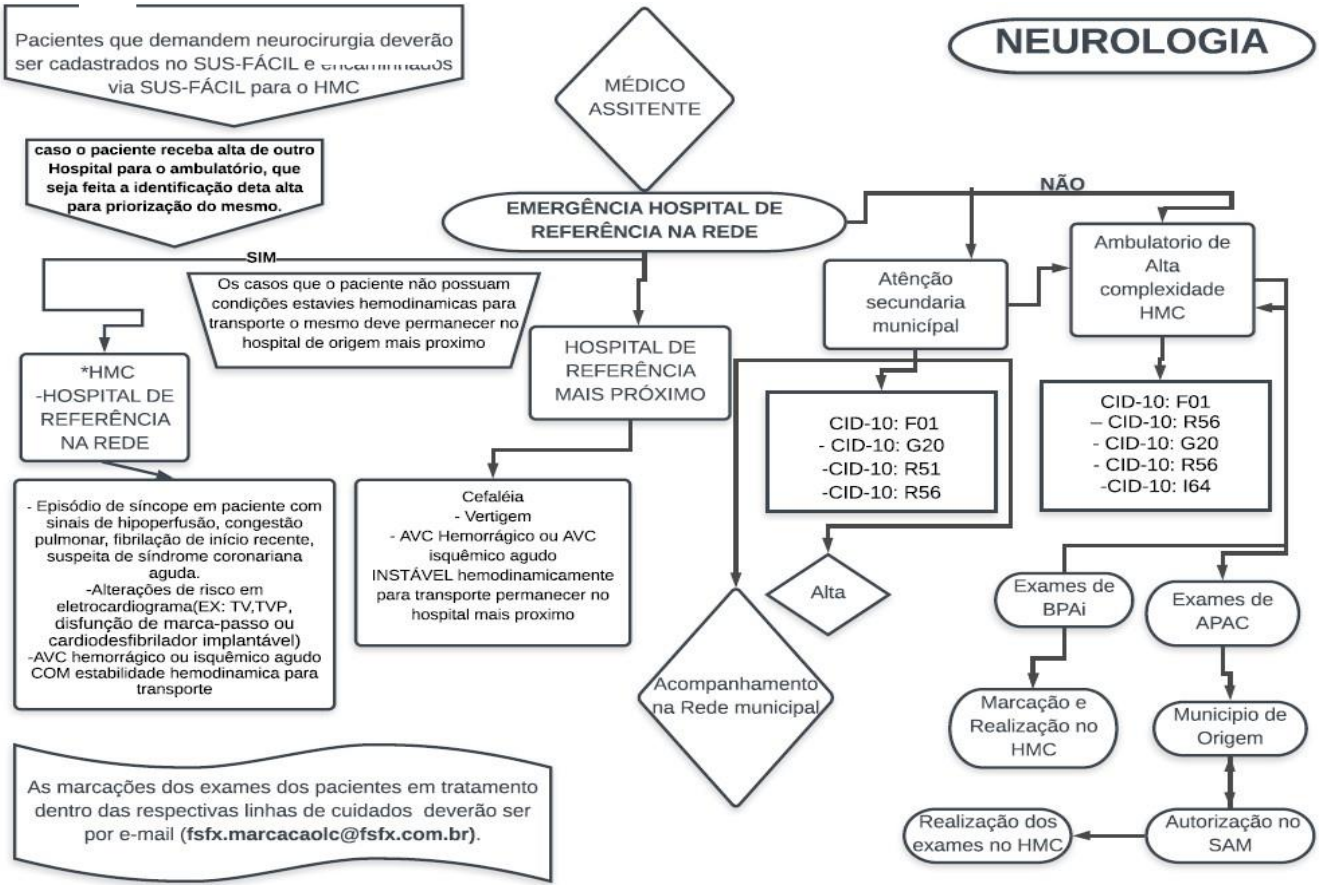
Monitorização cardíaca e de pressão arterial

- A monitorização cardíaca deve ser mantida ao menos nas primeiras 24 horas de instalação do AVC e qualquerarritmia grave deve ser tratada.
- A pressão arterial deve ser monitorada continuamente.
- Realizar ECG de 12 derivações na primeira hora do paciente após suspeita de AVC

Protocolo de tratamento da hipertensão na fase aguda do AVCI

- A redução inadvertida dos níveis pressóricos pode ser deletéria na fase aguda do AVC por aumentar o infartona área de penumbra cerebral.

- O uso de medicamentos como morfina e outros analgésicos deve ser criterioso e sob monitorização constantepelo seu efeito vasodilatador e risco de hipotensão.
- Pressão sistólica >185 mmHg ou diastólica > 110 mmHg: administrar nitroprussiato endovenoso a 0,5mcg/kg/min. em dose inicial.
- Transferir para hospital de referência via SUS Fácil para terapia trombolítica:



Manejo da pressão arterial em pacientes elegíveis para tratamento trombolítico

Pressão arterial	Medicamento	Intervalo p/ verificação
PAS > 185 mmHg e ou PAD > 110 mmHg	Betabloqueador ou Nitroprussiato	5 minutos
PAS > 185 mmHg e ou PAD > 110 mmHg **sem** resposta ao betabloqueador	Nitroprussiato	5 minutos
PAD > 140 mmHg	Nitroprussiato	5 minutos

Pacientes não candidatos a terapia trombolítica

- **Pressão sistólica < 220mmHg ou diastólica < 120 mmHg:** tratamento conservador, exceto nos casos de emergências hipertensivas.
- **Se pressão arterial sistólica maior que 220X120 mmHg:** administrar nitroprussiato endovenoso a 0,5mcg/kg/min em dose inicial ou metoprolol. Com o objetivo de reduzir em torno de 15% o valor da pressão arterial em um período de 24 horas.

Pressão arterial	Medicamento	Intervalo p/ verificação
PAS < 220 mmHg PAD < 120 mmHg PAM < 130 mmHg	Não tratar	De acordo com a tabela de intervalo e frequência de verificação de PA
PAS > 220 mmHg PAD > 120 mmHg PAM > 130 mmHg	Nitroprussiato	5 minutos
PAD > 140 mmHg	Nitroprussiato	5 minutos

Avaliação neurológica inicial

- O exame neurológico deve ser breve e direcionado, para isso, são utilizadas a escala de coma de Glasgow e NIHSS.

4.3. Anotação 3

- O médico Emergencista deve avaliar o paciente do protocolo AVC em até 10 minutos da chegada.
- O horário preciso do início dos sintomas deve ser confirmado. Se esta informação não puder ser obtida, deveser considerado o horário da última vez que o paciente foi visto sem déficits.
- Para casos em que o paciente acorda com o déficit, considera-se o início dos sintomas a hora que o pacientefoi dormir ou o último momento que ele foi visto assintomático.

4.4. Anotação 4

- Após exame físico, neurológico, anamnese, coletar de exames laboratoriais (Glicemia, hemograma,coagulograma, sódio, potássio, uréia, creatinina, marcadores de necrose miocárdica e se pertinente β-HCG).
- Solicitar TC de crânio (via internação hospitalar/ Transferência para rede de referência).

4.5. Anotação 5

Recomendações de elegibilidade para terapia trombolítica endovenosa no AVCI

- Os médicos devem sempre rever os critérios de inclusão e exclusão para determinar a elegibilidade do paciente.
- Dentro da janela de 3h, todos os pacientes com idade maior ou igual a 18 anos podem ser elegíveis para receber terapia trombolítica endovenosa.
- A gravidade dos sintomas do AVCI não contra indicam o uso de trombolítico, na janela de 3 horas. Apesar de aumentar o risco de transformação hemorrágica, ainda há comprovado benefício clínico para pacientes com NIH alto, maior ou igual a 22.
- Não devemos excluir da terapia trombolítica os pacientes com sintomas leves, mas comprovadamente incapacitantes.
- O ensaio ECASS III, estudou a Janela de 3 e 4,5 h do início dos sintomas, a seleção dos pacientes para terapia trombolítica endovenosa utilizou alguns critérios de inclusão

diferentes dos critérios até 3 h: os pacientes tinham idade ≤ 80 anos, não eram diabéticos , não tinham antecedentes de AVCI prévio, e a pontuação do NIHSS era ≤25, os pacientes não estavam tomando nenhum anticoagulante oral, e não havia evidência de imagem de lesão isquêmica envolvendo mais de um terço do território da artéria cerebral média. Foram incluídos poucos pacientes com NIHSS baixo de 0 a 5. Os casos de NIHSS baixo ou muito alto devem ser analisados o risco e os benefícios.

- O diagnóstico prévio de insuficiência renal crônica grave em tratamento clínico conservador ou hemodiálise não contraindicam o tratamento trombolítico, na vigência de TTPA normal. Os pacientes com TTPA alargado podem ter um risco maior de hemorragia.
- Os clínicos devem estar cientes de que a hipoglicemia e hiperglicemia podem mimetizar apresentações agudas de AVC, portanto a determinação da glicemia capilar no sangue deve ser feitas antes da indicação de trombólise.
- A trombólise nos pacientes que apresentam incapacidade neurológica preexistente não parece aumentar de forma independente o risco de hemorragia intracraniana sintomática, mas pode estar associada a uma menor melhora neurológica e maior incidência de mortalidade.
- O trombolítico é razoável nos pacientes com convulsão como sintoma inicial do AVC agudo, se as evidências sugerirem que o déficit neurológico agudo é secundário ao AVC e não a um fenômeno pós-ictal convulsivo.
- O tratamento trombolítico é razoável nos pacientes elegíveis, com AVCI e com alterações de glicemia, com níveis iniciais de glicemia capilar: < 50 ou > 400 mg/dL, que foram adequadamente corrigidos.
- A segurança e a eficácia da trombólise nos pacientes com AVC agudo com história clínica pregressa de possível coagulopatia hemorrágica são desconhecidos. O trombolítico pode ser considerada caso a caso.
- O trombolítico pode ser considerado para pacientes que apresentam acidente vascular cerebral isquêmico agudo, e história de punção liquórica lombar nos 7 dias anteriores.
- A segurança e eficácia da administração de trombolítico nos pacientes com AVCI agudo que tiveram uma punção arterial, de vasos sanguíneos não compressíveis, nos 7 dias anteriores aos sintomas do AVC são incertos.
- Nos pacientes com AVCI com trauma recente (menos de 14 dias) que não envolvam a cabeça, o trombolítico pode ser cuidadosamente considerado, e deve ter os riscos de sangramento de lesões relacionadas ao trauma pesado, contra a gravidade e incapacidade potencial do acidente vascular cerebral isquêmico.
- O uso de trombolítico nos pacientes cuidadosamente selecionados, portadores de AVCI submetidos a uma grande cirurgia nos 14 dias precedentes pode ser considerado, mas

o potencial risco aumentado de hemorragia no sítio cirúrgico, deve ser pesado contra os benefícios de melhora dos sintomas neurológicos.

- A literatura relata um baixo risco de sangramento com a administração de trombolítico no cenário de sangramento GI ou geniturinário antigo. A administração de rtpa EV nesta população de pacientes pode ser razoável. Nota: A administração de trombolítico EV nos 21 dias de evento hemorrágico GI não é recomendada.
- A trombólise EV é razoável nas mulheres que estão menstruadas e que apresentam acidente vascularisquêmico sem história de menorragia. Os benefícios potenciais da trombólise, provavelmente superam os riscos de sangramento grave nas pacientes com história recente ou ativa de menorragia, sem anemia ou hipotensão clinicamente significativas, a administração pode ser considerada.
- O uso de trombolítico nas dissecções de artérias cervicais extracranianas, na presença de AVCI é seguro, dentro da janela de 4,5 h, e provavelmente recomendado.
- A utilidade do trombolítico nos AVCI associados a possível dissecção das artérias intracranianas e o seu risco hemorrágico, permanecem desconhecidas, incertas e pouco estabelecidas.
- Nos pacientes com AVCI agudo que possuem diagnóstico prévio de aneurismas intracranianos de tamanho pequeno ou moderado (<10 mm), a administração de trombolítico é razoável e provavelmente recomendada.
- O benefício e os riscos do uso de trombolítico nos pacientes com AVCI, e que possuem história prévia de aneurismas intracranianos gigantes não roto, ainda não estão bem estabelecidos.
- O uso do trombolítico não esta bem estabelecido nos pacientes com AVCI agudo e diagnóstico previo de malformação arteriovenosa MAV intracraniana não rota. Devido ao aumento do risco de hemorragia intracraniana sintomática nesta população. O trombolítico pode ser considerado nos pacientes com déficits neurológicos graves, com alta probabilidade de morbidade e mortalidade pelo AVCI, se não tratados.
- Os pacientes com AVCI agudo concomitante a um infarto agudo do miocárdio, o tratamento com trombolítico na dose apropriada para isquemia cerebral, seguida por angioplastia coronariana percutânea e stent, se indicado, é razoável.
- Os pacientes com AVCI e história de IAM recente, nos últimos 3 meses, o tratamento do AVCI, com trombolítico é razoável se o IAM recente for um IAMSST envolvendo o VD ou a parede inferior.
- Os pacientes com AVCI e história de IAM recente nos últimos 3 meses, o tratamento do AVCI, com rtpa (alteplase) EV, é razoável se o IAM recente for um IAMCSST envolvendo a parede antero lateral.

- Os pacientes com AVCI grave com probabilidade de produzir incapacidade grave associados a pericardite aguda, o tratamento pode ser razoável.
- Nos pacientes com AVCI moderado com probabilidade de produzir incapacidade leve associados a pericardite aguda, o tratamento de benefício incerto.
- Os pacientes com AVCI susceptíveis a produzir incapacidade grave e trombo atrial esquerdo ou ventricular esquerdo conhecido, o tratamento pode ser razoável.
- Para doentes com AVCI moderado que pode produzir incapacidade leve, e trombo atrial esquerdo ou ventricular esquerdo, o tratamento é de benefício incerto.
- Pacientes com AVCI grave com probabilidade de produzir incapacidade grave relacionado a mixoma cardíaco, o tratamento pode ser razoável.
- Pacientes com AVCI grave com probabilidade de produzir incapacidade grave e fibroelastoma papilar, o tratamento com rtpa (alteplase) EV pode ser razoável.
- O tratamento com trombolítico é razoável, nos AVCIs agudos ocorridos em procedimentos angiográficos cardíacos ou cerebrais, deve-se utilizar os critérios de elegibilidade habituais.
- A segurança e a eficácia do trombolítico nos pacientes com malignidade atual não estão bem estabelecidas. Pacientes com malignidade sistêmica e expectativa de vida razoável (> 6 meses) pode se beneficiar se outras contra-indicações, como anormalidades de coagulação, cirurgia recente ou sangramento sistêmico não coexistirem.
- A administração do trombolítico pode ser considerada na gravidez quando os benefícios esperados do tratamento do AVCI moderado ou grave superem os riscos de sangramento uterino.
- Uso nos pacientes com AVCI com história de retinopatia diabética hemorrágica, ou outras doenças hemorrágicas da retina, deve-se pesar o potencial risco de perda visual em relação a melhora do déficit neurológico causado pelo AVCI agudo.
- O uso de trombolítico pode ser benéfico para pacientes com AVCI agudo e anemia falciforme.
- O uso de drogas ilícitas pode ser um fator contribuinte para o acidente vascular cerebral isquêmico agudo. O uso é rozoável nos casos de AVCI associado ao uso de drogas ilícitas nos pacientes sem outros critérios de exclusão.
- Os casos de AVCI possuem um risco muito baixo de hemorragia intracraniana sintomática com o uso de trombolítico é recomendado e não devemos atrasar o tratamento para realização de exames diagnósticos adicionais nos casos dentro da janela terapêutica elegíveis para trombólise EV.

Critérios de exclusão para terapia trombolítica

- O trombolítico não é recomendado nos pacientes com AVC isquêmico que tenham um tempo de início dos sintomas indeterminado ou o último momento em que o paciente foi visto bem tiver mais de 4,5 h.
- O trombolítico não é recomendado nos pacientes com AVC isquêmico que acordaram com os sintomas, sendo o último momento aonde foram visto bem ou no estado basal um período maior que 4,5 h.
- O trombolítico não deve ser administrada nos pacientes com TC de crânio sem contraste com sinais de hemorragia intracraniana aguda.
- O uso de trombolítico nos pacientes com AVCI e que tiveram o AVC isquêmico nos últimos 3 meses pode ser prejudicial.
- Nos pacientes com história de traumatismo crânio encefálico grave, nos últimos 3 meses, o uso do trombolítico EV é contra-indicado.
- Nos pacientes com história de cirurgia intracraniana ou cirurgia espinhal nos últimos 3 meses, o trombolítico EVé potencialmente prejudicial.
- A administração de trombolítico em pacientes com história de hemorragia intracraniana é potencialmente prejudicial.
- A terapia trombolítica é contraindicada em pacientes que apresentam sinais e sintomas compatíveis com hemorragia subaracnóidea (HSA).
- Pacientes com neoplasia maligna gastrointestinal ou sangramento gastrointestinal recente, 21 dias prévios ao evento vascular cerebral, devem ser considerados de alto risco, para a administração de terapia trombolítica sendo potencialmente prejudicial.
- Nas coagulopatias a segurança e a eficácia da terapia trombolítica são desconhecidas e devem ser evitadas nos pacientes com AVCI com plaquetas <100.000 / mm3, INR> 1.7, TTPa> 40 s ou PT> 15 s.
- Nos pacientes sem história de trombocitopenia, a terapia trombolítica pode ser iniciado antes da disponibilidadede contagem de plaquetas mas deve ser descontinuado se a contagem de plaquetas for <100 000 / mm3.
- A terapia trombolítica não deve ser administrada nos pacientes que tenham recebido dose terapeutica de heparina de baixo peso molecular nas últimas 24 horas.
- A utilização da terapia trombolítica deve ser evitada, nos pacientes que utilizam nas últimas 48 h, os anticoagulantes orais, inibidores diretos da trombina ou inibidores diretos do fator Xa. A menos que testes laboratoriais apropriados, tais como TTPa, INR, tempo de coagulação da ecarina, tempo de trombina e os testes de atividade do fator Xa forem normais.
- Agentes antiplaquetários que inibem o receptor da glicoproteína IIb / IIIa não devem

ser administrados concomitantemente com a terapia trombolítica.

- A terapia trombolítica não deve ser utilizada nos pacientes com suspeita de endocardite infecciosa, devido ao aumento do risco de hemorragia intracraniana.
- A terapia trombolítica não deve ser utilizada, e é potencialmente prejudicial, nos pacientes com suspeita de dissecção de Aorta.
- O tratamento com terapia trombolítica EV com rtpa (alteplase), nos pacientes com neoplasias intracranianas intra-axiais é potencialmente prejudicial.

5. Tratamento

Vide "Anotações"

6. Referências

1. Ringleb P, Werner H and the ESO guideline council. Guidelinesfor management of ischaemic stroke and transient ischaemic attack 2008. www.eso-stroke.org.

2. Adams HP, and AHA guidelines council. Guidelinesfor the early management of adults with ischaemic stroke. Stroke 2007; 38: 1655-1711.

3. Werner H, Kaste M, BluhmkiE, Brozman M, Davalos A, Guidetti D, Larrue V, Lees KR, Medeghri Z fortheECASS Investigators. Thrombolysis with alteplase 3 to 4,5 hours after acuteischaemic stroke. N Engl J Med 2008; 359: 1317-29.

4. Schwamm LH, Fonarow GC, Reeves MJ, Pan W,Frankel MR, Smith EE, Ellrodt G, Cannon CP, Liang L, Peterson E, LaBresh KA.Get With The Guidelines Is associated with sustained improvement in care forhospitalized with acute stroke or Transient ischaemic attack. Circulation 2009; 119: 107-115.

5. Heiss WD. The ischaemicpenumbra: correlates in imaging and implications for treatment of ischaemicstroke. Cerebrovasc Dis 2011; 32: 307-320.

6. The penumbra pivotal stroketrial investigators. The Penumbra Pivotal Stroke Trial: Safety andEffectiveness of a new generation of mechanical devices for clot removal inintracranial large vessel occlusive disease. Stroke 2009; 40: 2761-2768.

7. Raffin, N.C. et al. Revascularização Clinica e intervencionista no acidente vascularcerebral isquêmico agudo. Arq Neuropsiquiatria. São Paulo: v.64, n.2, p.342-348, 2006.

8. Pontes neto,O.M.;Et al. Diretrizes para o manejo de pacientes com hemorragiaintraparenquimatosa cerebral espontânea. Arq Neuropsiquiatria. São Paulo: v.67,n3-b, 940-950, 2009.

9. Lotufo,P.A.Mortalidade pela doença cerebrovascular no Brasil. Rev Bras Hipertensão.

SãoPaulo: v.4, p.387- 391, 2000.

10. Ed. Zukerman, Eliova, et al Acidente vascular cerebral. Protocolos gerenciados do Hospital Israelita Albert Einstein – 1ª edição.Ed. Manole,2010.

11. Koizumi MS, Diccini S. Enfermagem emneurociências – fundamentos para prática clínica. 1ª edição. Ed. Atheneu, 2006.pag. 329 – 358.

12. Easton, J. Donald, ET AL. Definition and Evaluationof Transient Ischemic Attack: A Scientific Statement for HealthcareProfessionals. The American Heart Association/American Stroke AssociationStroke Council. Stroke2009; 40;2276-2293.

13. Pontes-Neto OM,Oliveira-Filho J, Valiente R, Friedrich M, Pedreira B, Rodrigues BC, LiberatoB, Freitas GR. Brazilian guidelines for themanegement of intracerebral hemorrhage. Arq Neuropsiquiatr2009;67(3B):940-50. 18- Guidelines for the Early Management of Patients with Acute Ischemic Stroke: A Guideline for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association (Stroke 2018).

PTC CLIN 006 – ANEMIA POR DEFICIÊNCIA DE FERRO

1.INTRODUÇÃO

A anemia é definida por valores de hemoglobina (Hb) no sangue abaixo do normal para idade e gênero. É um dos principais problemas de saúde pública mundial, chegando a afetar mais de um quarto da população do planeta, ou seja, mais de 2 bilhões de pessoas em todo o mundo. (1) A metade dos casos é determinada por deficiência de ferro (DF), a deficiência nutricional mais prevalente e negligenciada no mundo, particularmente entre as mulheres e as crianças dos países em desenvolvimento. É também significativamente prevalente nos países industrializados e afeta pessoas de todas as idades em todos os países.

A prevalência de anemia por DF (ADF) aumenta em populações com carências nutricionais; com ingestão ou absorção inadequada de ferro; hábitos vegetarianos; dietas com muito chá ou café, que inibem a absorção de ferro, ou sem vitamina C (frutas cítricas), que favorece a sua absorção; baixo nível sócio-econômico e educacional; presença de infestações endêmicas (malária, ascaridíase, helmintoses, protozooses intestinais); estado nutricional influenciado pelo baixo peso, principalmente de mulheres em idade gestacional, associado à multiparidade e não uso de suplementação de ferro na gestação. (5-7) Além disto, a ADF pode ser causada por hemorragias diversas, como as devidas a traumas ou por melena, hematêmese, hemoptise, menstruações, partos ou por múltiplas gestações. Pode também apontar para uma doença grave subjacente com sangramento oculto, que deve ser afastada com investigação adequada em homens e mulheres na pós-menopausa, principalmente no que diz respeito ao diagnóstico precoce da doença maligna colorretal. (4,6,8-10)

Independente da etiologia, quando o sangue tem células vermelhas insuficientes ou estas carregam hemoglobina insuficiente para entregar oxigênio adequadamente para os tecidos significa que houve falha na produção das hemácias e sobrevém anemia, muitas vezes multifatorial num mesmo indivíduo e por isto uma síndrome complexa para avaliação e estabelecimento da conduta a adotar.

2. CLASSIFICAÇÃO ESTATÍSTICA INTERNACIONAL DE DOENÇAS E PROBLEMAS RELACIONADOS À SAÚDE (CID-10)

- C50.0 Anemia por deficiência de ferro secundária à perda de sangue (crônica)
- C50.8 Outras anemias por deficiência de ferro

3. DIAGNÓSTICO

3.1 DIAGNÓSTICO CLÍNICO

Os sintomas usuais da ADF incluem fraqueza, cefaleia, irritabilidade, síndrome das pernas

inquietas e vários graus de fadiga e intolerância aos exercícios ou pica (apetite pervertido por barro ou terra, papeis, amido). Pode ainda ocorrer pica por gelo, que é considerada bastante específica para DF. No entanto, muitos pacientes são assintomáticos, sem clínica típica e só reconhecem os 29 Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas sintomas retrospectivamente, após o tratamento. Pacientes com ferritina baixa e sem anemia podem ter os mesmos sintomas. Idosos costumam apresentar início insidioso com sintomas relacionados à exacerbação de suas comorbidades subjacentes (piora da angina, aumento da confusão mental, dispneia). (4) Alguns pacientes com DF, com ou sem anemia, podem se queixar de dor na língua, diminuição do fluxo salivar com boca seca e atrofia das papilas linguais e, ocasionalmente, de alopecia. (4) A depleção de ferro ocorre de forma progressiva, de acordo com a extensão e a rapidez da instalação.

Primeiro há depleção das reservas de ferro e depois do ferro disponível para a síntese da Hb. Se a deficiência continua, pode haver suspensão da produção das células vermelhas. Portanto, o desenvolvimento da DF e depois da ADF vai depender das reservas iniciais do indivíduo que, por sua vez, vão depender da sua idade, gênero, taxa de crescimento e balanço entre a absorção e as perdas de sangue. (4)

A ADF pós-parto se caracteriza por sintomas não específicos, como astenia, fadiga, dispneia, palpitações ou infecções e dificuldades físicas, cognitivas e depressão, que dificultam a relação mãe-filho e a nutrição do RN. (23,32)

O diagnóstico diferencial da ADF inclui doenças parasitárias, como malária, ancilostomíase e esquistossomose; causas nutricionais como carências de ácido fólico, vitamina A e vitamina B12 e causas genéticas, como as hemoglobinopatias hereditárias tipo talassemias.

3.2 DIAGNÓSTICO LABORATORIAL

Na suspeita de ADF, deve-se solicitar um hemograma completo (com os índices hematimétricos e avaliação de esfregaço periférico) e dosagem de ferritina. Outras medidas, como ferro sérico, transferrina e a saturação da transferrina não são obrigatórios. Pacientes com ADF têm ferro sérico baixo, transferrina alta e uma saturação da transferrina baixa. (4) De acordo com os padrões diagnósticos da OMS, a ADF é leve a moderada, se a Hb fica entre 7 a 12 g/ dL, e grave, se a Hb for menor que 7 g/dL, com pequenas variações de acordo com a idade, gênero ou presença de gestação. (33) Para as crianças entre 6 e 59 meses de idade, a anemia é definida como uma Hb abaixo de 11 g/dL, entre 5 e 11 anos como uma Hb abaixo de 11,5 g/dL e entre 12 e 14 anos como uma Hb abaixo de 12 g/dL. Para estudos populacionais, considera-se anemia uma Hb abaixo de 11,5 g/dL para idade maior de 2 anos. (1,33,34) Para a população feminina adulta, considera-se anemia valores de Hb abaixo de 12 g/dL e para homens valores de Hb abaixo de 13 g/dL. (1,33,35) Para as gestantes, a anemia é definida por Hb abaixo de 11 g/dL. Classifica-se a anemia na gestação em leve, moderada ou grave, conforme taxas

entre 9 e 11 g/dL, 7 e 9 g/dL e abaixo de 7 g/dL, respectivamente. (1,5) A anemia da puérpera é definida com uma taxa de Hb abaixo de 10 g/dL nas primeiras 48 horas ou abaixo de 12 g/dL nas primeiras semanas após o parto. (5) Para os idosos as taxas que definem anemia são de Hb abaixo de 13,2 g/dL para homens e 12,2 g/dL para mulheres brancas. Para os idosos negros, estes valores são um pouco menores, com o corte na Hb abaixo de 12,7 g/dL para os homens e de 11,5 g/dL para as mulheres. (29) Embora a Hb seja amplamente utilizada para a avaliação de ADF, ela tem baixas especificidade e sensibilidade, e um biomarcador do status do ferro, como a ferritina sérica, deve ser solicitado em conjunto. (36) Inicialmente aparece anemia (Hb abaixo dos valores determinados para idade e gênero) normocítica (volume corpuscular médio - VCM – normal), com valor absoluto de reticulócitos normais e com marcadores do status do ferro baixos, como ferritina abaixo de 30 mcg/L, ferro abaixo de 330 mcg/L, capacidade ferropéxica sérica acima de 4 mg/L, aumento de transferrina e diminuição da saturação da mesma (abaixo de 20%). Com a continuação da perda sanguínea, aparecerá anemia hipocrômica clássica (com hemoglobina corpuscular média - CHCM baixa) e microcitose (com VCM baixo). Com a piora da anemia e da DF, surgem a anisocitose (células de tamanhos variados) e a poiquilocitose (células de formas variadas). (4,37) A concentração da ferritina sérica (FS) é o mais confiável marcador das reservas de ferro do corpo, substituindo a avaliação da medula óssea realizada anteriormente. Os valores normais variam de 40 a 200 ng/mL (mcg/L), não havendo nenhuma situação clínica em que índices baixos não signifiquem deficiência de ferro. Portanto, todo indivíduo com concentração de ferritina menor do que 10 a 15 ng/mL tem deficiência de ferro, com uma sensibilidade de 59% e uma especificidade de 99%. No entanto, devido à baixa sensibilidade do nível abaixo de 15 ng/mL, um valor de corte mais alto é mais apropriado. Desde que os pacientes com ADF não tenham uma infecção ou uma doença inflamatória junto, o valor limite de 30 ou 41 ng/mL dá uma melhor eficiência diagnóstica com uma sensibilidade e especificidade de 92% e 98% ou 98% e 98%, respectivamente. Como a ferritina é um reator de fase aguda, com níveis aumentados em doenças inflamatórias, infecciosas, malignas ou hepáticas, pode haver uma ferritina falsamente elevada na presença destas doenças e ADF. O efeito da inflamação sobre a ferritina é de aumentá-la em três vezes. Portanto, nestes pacientes a regra de ouro é dividir o valor da ferritina por 3 e valores menores ou igual a 20 ng/mL sugerem ADF concomitante. (4) O diagnóstico de deficiência funcional de ferro ocorre em situações clínicas em que a taxa aumentada de eritropoese ocorre por perda sanguínea significativa de sangue, flebotomias terapêuticas repetitivas ou por uso de estimuladores da eritropoese, e os suprimentos de ferro, embora normais ou até aumentados, não são suficientes para fornecer ferro rapidamente, conforme exigido por esta demanda aumentada. Isto atenua a resposta eritropoética, resultando numa produção de células vermelhas insuficientes em ferro, a menos que uma fonte extra seja adicionada, como a preparação para aplicação intravenosa (IV) de ferro. Esta situação é chamada de deficiência

funcional de ferro e é comumente vista, por exemplo, na anemia da insuficiência renal crônica, em que se indica o uso de estimulador da eritropoese.

3.4 TRATAMENTO MEDICAMENTOSO

A escolha da preparação de ferro vai depender da gravidade da doença e da tolerância do paciente ao ferro oral que, por ser eficaz e barato, é considerado a primeira linha de tratamento. No entanto, existem indicações para o uso parenteral de ferro atualmente, cujas preparações se tornaram mais eficazes e seguras. (40) O ferro é mais bem absorvido no duodeno e no jejuno proximal, onde as proteínas carreadoras do ferro expressam-se mais fortemente. As preparações que liberam ferro adiante destas porções intestinais são, pois, ineficazes. Os sais de ferro não devem ser administrados com as refeições, porque os fosfatos, fitatos e tanatos da dieta se ligam ao ferro e dificultam a sua absorção. Assim como não devem ser ingeridos com antiácidos, bloqueadores da bomba de prótons, bebidas e suplementos com cálcio, antibióticos (quinolonas e tetraciclinas), café, chá, leite ou ovos. Deve ser administrado 2 horas antes dos antiácidos ou 4 horas após. (40) No entanto, como é fundamental melhorar a aderência do paciente e tornar eficaz o tratamento pela via oral, sugere-se muitas vezes a administração das doses junto às refeições ou até a diminuição da dose para amenizar os efeitos adversos.

Para o tratamento da ADF na doença renal crônica, ver o PCDT específico.

3.5 FÁRMACOS

Uso interno (via oral, VO):

- Sulfato Ferroso - 40 mg de ferro elementar por comprimido
- Sulfato Ferroso - 25 mg/mL de ferro elementar em solução oral
- Sulfato Ferroso - 5 mg/ mL de ferro elementar em xarope

Uso intravenoso (IV):

- Sacarato de hidróxido férrico 100 mg de ferro injetável, frasco-ampola de 5 mL

3.6 ESQUEMAS DE ADMINISTRAÇÃO

As doses terapêuticas usuais dos medicamentos preconizados neste Protocolo são: Sulfato ferroso – tratamento:

- crianças: 3 a 6 mg/kg/dia de ferro elementar, sem ultrapassar 60 mg/dia.
- gestantes: 60 a 200 mg/dia de ferro elementar associadas a 400 mcg/dia de ácido fólico.
- adultos: 120 mg/dia de ferro elementar.
- idosos: 15 mg/dia de ferro elementar. Sacarato de hidróxido férrico – tratamento: Fórmula para cálculo da dose total IV de ferro a ser administrada: Ferro (mg) = (Hb desejada conforme

sexo e idade do paciente – Hb atual em g/dL) x Peso corporal (kg) x 2,4 + 500 mg.
A dose deve ser administrada em hospital, em infusão IV lenta, por 30 minutos, de uma a três vezes na semana, com intervalos mínimos de 48 horas e não ultrapassando 300 mg em cada dose. Para as gestantes o peso corporal deve ser o de antes da gestação.

3.6 TEMPO DE TRATAMENTO – CRITÉRIOS DE INTERRUPÇÃO

O tratamento da ADF deverá ser por 6 meses após a Hb ter normalizado, que é o tempo necessário para repor as reservas de ferro do organismo.

PTC CLIN 007 – PANCREATITE AGUDA

I. Conceito:

Refere-se a um pequeno sub-grupo de pancreatite qualquer etiologia associada com complicações sistêmicas e ou locais diretamente realcionadas à mesma.

II. Etiologia:

II. 1 Biliar (Colelitíase- coledocolitíase)
II. 2 Alcoólica
II. 3 Tóxica
II. 4 Metabólica (Hipertrigliceridemia- Hipercalcemia)
II. 5 Infecciosa (Viral- Bacteriana)
II. 6 Pós-operatória
II. 7 Idiopática
II. 8 Outras

III. Fisiopatologia da pancreatite

Grave:
III. 1 Presença e extensão de Necrose pancreática
III. 2 Infecção da necrose pancreática e ou da coleção peri-pancreática
III. 3 Manuseio clínico inadequado, especialmente ressuscitação volêmica
III. 4 Tromboses vasculares (Cólica média)
III. 5 Fístulas digestivas (Colon transverso) e ou vasculares (Esplênica)

IV. Quadro clínico:

IV. 1 Fator de risco (Se conhecido): Litíase biliar, alcoolismo agudo ou crônico, hipertrigliceridemia, hipercalcemia, história familiar, pós-operatório imediato de cirurgia de andar superior de abdômen, uso de drogas pancreatotóxicas.

IV. 2 Clínica

1. Dor abdominal sem causa definida: Intensidade variável; em faixa no abdômen superior; difusa (ascite pancreática), Localizada (Coleção em locas específicos); irradiação dorsal.
2. Vômitos
3. Icterícia (Colangite, edema de cabeça de pâncreas, neoplasia peri-ampular)
4. Febre
5. Disfunção orgânica (respiratória; renal; cerebral)

6. Outros

V. Diagnóstico:

V.1 Clínica

V.2 Fator de risco

V.3 Marcadores bioquímicos

1. Amilase: Duas a mais vezes o limite superior da normalidade; falsos positivos (Perfuração gastroduodenal, obstrução intestinal, isquemia mesentérica, parotidite, insuficiência renal); Falsos negativos (Fase muito inicial ou tardia, doença muito extensa)

2. Lípase: Duas ou mais vezes o limite superior da normalidade; meia-vida maior, falso positivo (Insuficiência renal, colestase, úlcera duodenal, cirrose hepática)

V.4 Imagem

V.4.1 Ultrasonografia: Detecção de colelitíase, obstrução biliar, coleções.

V.4.2 Tomografia computadorizada: Indicada na fase inicial quando diagnóstico incerto, diagnóstico diferencial com outras afecções.

VI. Avaliação da gravidade:

VI. 1 Avaliação clínica (35 a 40% de erro)

VI. 2 Marcadores biológicos: Proteína C reativa. Ponte de corte variável na literatura entre 13 a 15mg/dl.

VI. 3 Score tomográfico de Gravidade (Sistema de Balthazar).

VII.Tratamento clínico:

VII. 1 Ressuscitação volêmica agressiva: Não há vantagem entre colóides e cristalóides. Utilizar todos os dados disponíveis para avaliação da adequação do status volêmico (PVC, temperatura de extremidades, diurese horária, lactato, SVCO2, parâmetros dinâmicos)

VII. 2 Suporte hemodinâmico: Após otimização da volemia se permanecer estado de hipoperfusão deve-se utilizar inotrópicos(dopamina, dobutamina) e ou vasopressores (Dopamina , noradreanlina) de acordo com a causa .

VII. 3 Antibioticoterapia

VII. 3.1 Profilática: Não

VII. 3.2 Terapêutica: Necrose infectada, abscesso pancreático ou pseudocisto infectado. Germes mais comuns: Escherichia coli, Klebsiella, Stafilococus aureus, Pseudomonas aeruginosa. Nas necroses infectadas até 20% dos pacientes se isolam fungos(Cândida). Os antibióticos com melhor penetração pancreática são: Clindamicina, metronidazol, imipenem, ciprofloxacina e

meropenem.
VII. 4 Suporte nutricional
VII. 4.1 Iniciar o mais precoce possível
VII. 4.2 Preferência pela via enteral
VII. 4.3 A nutrição parenteral deverá ser utilizada caso não se consiga introdução da via enteral por 5 ou mais dias; oferta por via enteral inadequada.
VII. 4.4 Via jejunal ou gástrica parecem ser igualmente efetivas , caso haja tolerância gástrica.
VII. 4.5 Dietas especiais ainda sem comprovação (Inclusive o uso de glutamina)
VII. 4.6 Iniciar via oral assim que possível (Ausência de dor). Utilizar dietas com 50% ou mais de carboidratos e baixo teor lipídico.
VII. 5 Suporte das disfunções orgânicas (Renal, respiratória)
VII. 6 Controle glicêmico
VII. 7 Profilaxia de úlcera e gastrite erosiva: pacientes em sem dieta oral ou com dieta pós-pilórica; Utilizar bloqueador H2 ou de bomba (sem trabalho específico com esta finalidade)
VII. 8 Corticosteróides em dose de Stress caso haja sepse associada
VII. 9 Combate efetivo da dor: Evitar morfina (Espasmo esfincteriano) e tramadol (Vômitos). Fazer analgesia epidural, caso seja refratária às medidas convencionais.

VIII. Tratamento cirúrgico:
VIII. 1 A punção aspirativa com agulha guiada por imagem deve ser realizada quando da possibilidade de necrose infectada
VIII. 2 Não intervir na coleção ou necrose não infectadas
VIII. 3 Debridamento aberto : De preferência após 2 a 3 semanas nas necrose ou coleções comprovadamente infectadas.
VIII. 4 Intervenções precoces podem ser necessárias em algumas complicações.
VIII. 4.1 Fístulas (Colônica)
VIII. 4.2 Hemorragia por erosão vascular: de preferência abordagem endovascular
VIII. 5 Colangiopancreatografia endoscópica retrógrada (CPRE) Deve ser realizada precocemente (72 horas) na pancreatite biliar ou com alta probabilidade de origem biliar. Na impossibilidade de CPRE utilizar métodos alternativos de drenagem biliar.
VIII. 6 Colecistectomia: Deverá ser realizada na pancreatite biliar, de preferência na mesma internação após estabilização do quadro.

IX. Adendos:
IX. 1 Score tromográfico de Balthazar Realizar tomografia dinâmica de alta resolução, de preferência contraste não iônico e após 48-72 horas do inicio do quadro:
Grau A: Pâncreas normal (Pancreatite leve ou ausente)

Grau B: Aumento glandular focal ou difuso sem inflamação peri-pancreática.
Grau C: B mais inflamação peri-pancreática
Grau D: C mais coleção peri-pancreática única
Grau E: C mais coleção peri-pancreática múltipla e ou gás no pâncreas ou retroperitônio

IX. 2 Pontuação
IX. 2.1 Score tomográfico A= 0; B= 1; C=2; D=3; E=4
IX. 2.2 Score de Necrose Ausência de necrose= 0 ponto Necrose até 30% do pâncreas= 2 pontos Necrose de 30 a 50% do pâncreas= 4 pontos Necrose maior que 50% do Pâncreas= 6 pontos
IX. 3 Índice de severidade tomográfica Indice de severidade tomográfica

Índice	Morbidade	Mortalidade
0-3 pontos	8%	3%
4-6 pontos	35%	6%
7-10 pontos	92%	17%

Observação: O índice de severidade é obtido com a somatória do score tomográfico com o de necrose.

X. Bibliografia:

1. Nathens AB, Curtis JR, bearle RJ et al. Managemennt of critically ill patient with severe acute pancreatitis. Crit Care Med 2004; 32(12):2524-36.
2. Mayerli J, Simon P, Lerch MM. Medical treatment of acute pancreatitis. Gastroeenterol Clin North Am 2004; 33 (4):855-69.
3. Naude GP. Gastrointestinal failure in the ICU.In: Sue DY, Bongard FS. Current Critical care-Diagnosis & treatment, 2nd Ed. New York, Mc-Graw-Hill, 2002:376-382

PTC CLIN 008 - HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA

1. MATERIAL NECESSÁRIO

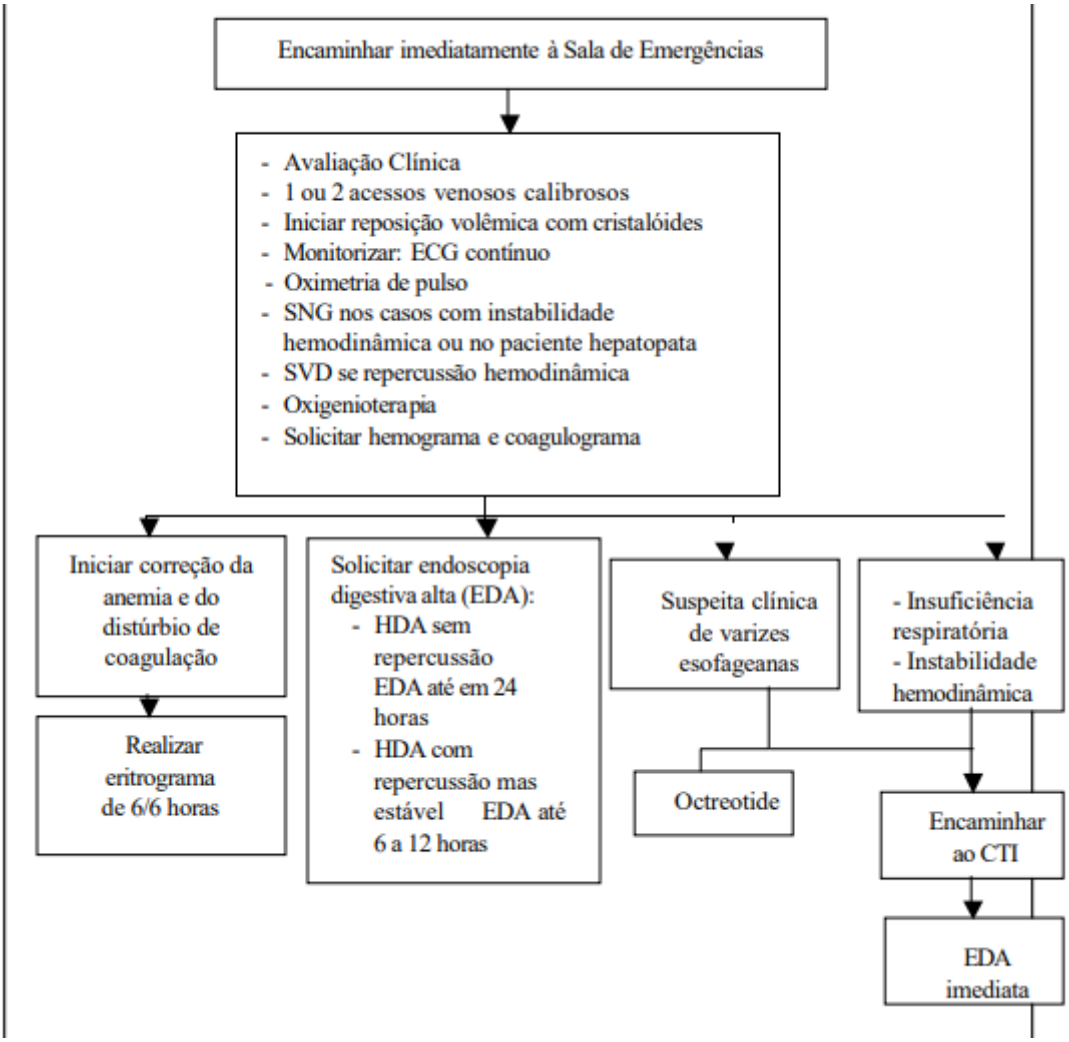
- Estetoscópio - Esfignomanômetro - Monitor cardíaco - Acesso Venoso (jelco 16 e 18) - Soro venoso - Omeprazol ampola - Oxímetro de pulso - SNG, SVD - Oxigênio - Cateter Nasal / máscara facial - Octreotide (ampola 0,5mg e 0,7mg) – Clister Glicerinado 2. ATIVIDADES CRÍTICAS 1. Diagnóstico Clínico Etiológico 2. Propedêutica 3. Classificação de Forrest 4. Abordagem do Paciente 1. Diagnóstico Clínico: - História ou evidência de hematêmese ou melena - Hematoquesia em 10% dos casos de HDA - Sinais e sintomas de hipovolemia: o Tonteira, sudorese e síncope HDA média à grave o Hipotensão arterial e taquisfigmia alteração > 20% em ortostatismo perda de 15 a 20% do volume circulante o PA sistólica < 90mmHg ou choque perda > 40% do volume circulante Etiológico: definido pela endoscopia digestiva alta - LAMGD - Úlcera péptica - Síndrome de Mallory-Weiss - Hipertensão portal –
Esofagite - Neoplasias - Anomalias vasculares

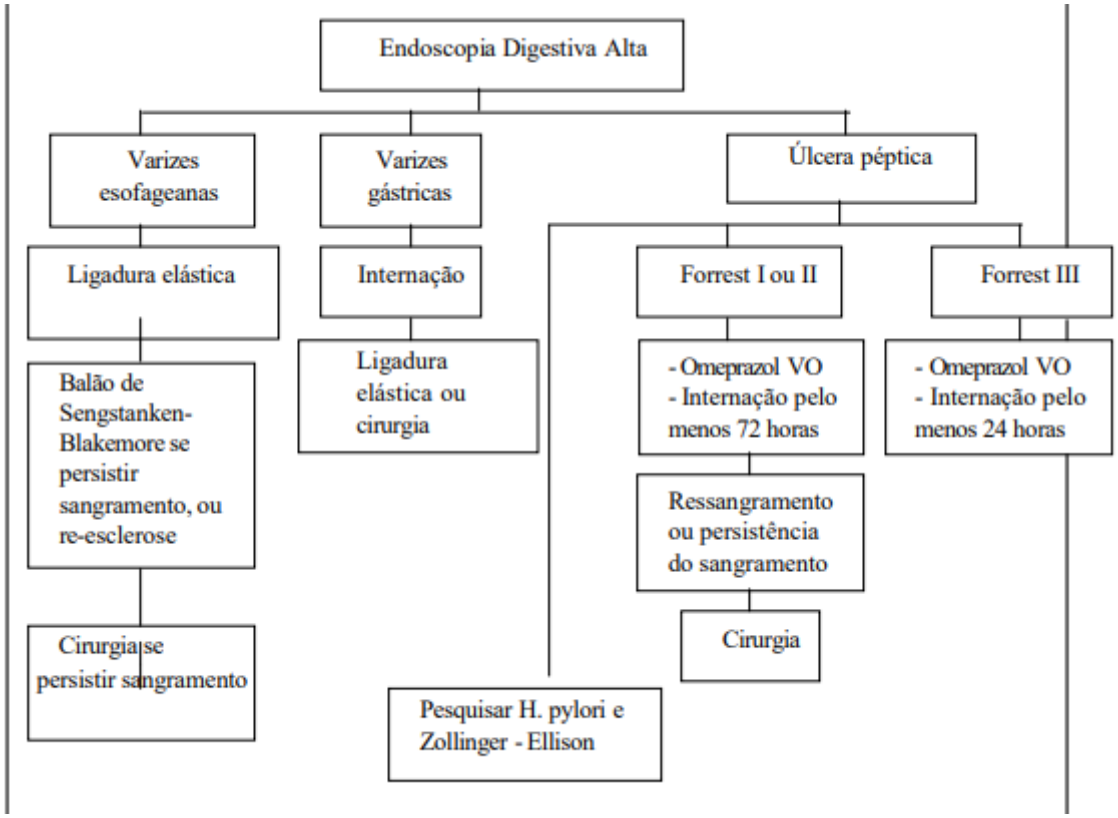
2. Propedêutica

Exame Complementar	Quando indicar
Hemograma, atividade de protrombina, PTT,	Todos os pacientes
Bilirrubinas, proteínas totais e GGT	Todos os pacientes com sintomatologia duvidosa e amilase sérica não diagnóstica; 5 vezes o
Endoscopia digestiva alta	Nos pacientes portadores de doença

3. Classificação de Forrest

Forrest IA – Sangramento ativo em jato
IB – Sangramento ativo ou lençol IIA – Vaso visível não sangrante
IIB – Coágulo aderido
IIIA – Ponto plano
IIIB – Base limpa


Encaminhar imediatamente à Sala de Emergências
- Avaliação Clínica
- 1 ou 2 acessos venosos calibrosos
- Iniciar reposição volêmica com cristalóides
- Monitorizar: ECG contínuo
- Oximetria de pulso
- SNG nos casos com instabilidade hemodinâmica ou no paciente hepatopata
- SVD se repercussão hemodinâmica
- Oxigenioterapia
- Solicitar hemograma e coagulograma
Iniciar correção da anemia e do distúrbio de coagulação
Realizar eritrograma de 6/6 horas
Solicitar endoscopia digestiva alta (EDA):
- HDA sem repercussão EDA até em 24 horas
- HDA com repercussão mas estável EDA até 6 a 12 horas
Suspeita clínica de varizes esofageanas
Octreotide
- Insuficiência respiratória
- Instabilidade hemodinâmica
Encaminhar ao CTI
EDA imediata



DROGAS USADAS NO TRTAMENTO DA PANCREATITE AGUDA

Drogas	Posologia
Omeprazol	- 80mg EV em "bolus" seguido por 80mg/h por infusão contínua EV por 72 horas - VO: 20mg VO de 12/12hs

ITENS DE CONTROLE

- Mortalidade intrahospitalar
- Retorno por ressangramento

4. SIGLAS

EDA = Endoscopia digestiva alta

HAD = Hemorragia digestiva alta

ECG = Eletrocardiograma

LAMGD = Lesão aguda da mucosa gastroduodenal

SVD = Sonda vesical de demora

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Pharmacological Treatment of Portal Hypertension: An Evidence-Based Approach. – Genaro D'Amico Seminars in liver Disese 1999 – 19(4), 475-505

2. Advances in the pharmacological treatment and prophylaxis of variceal bleeding – Didier Lebrec Treatment of liver Disease – Ed. Masson – Barcelona - 1999

3. A Prospective Randomized Trial from Turkey compating octreotide versus injection sclerotherapy in acute variceal bleeding – Hepato – Bulent Gastroenterology 2000: 47; 168-173

4. A Metanalysis Review. Treatment of P. Hypertension. D'Amico, G. Pagliano L., Bosch J.; The: Hepathology; July 1995; 332-547

5. Sclerotherapy with or without Octreotide for Acute Variceal Bleeding – Isabelle Besson The New England J. of Medicine Aug. 31, 1995; vol. 333 nº9.

6. Management of Haematemesis and Meleana: Med J of Australia; vol 166, 549-553; 1997

7. Randomized controlled trial of sclerotherapy X somatostatin infusion in the prevention of early rebleeding following acute variceal hemorrhage in patients with cirrhosis: Journal of Hepatology; vol 29 779-788, 1998

8. Prospective Randomized study of effect of Octreodite on rebleeding Oesophageal varices after endoscopy ligation; The Lancet; vol. 346, December 1995

9. A prospective randomized comparative trial showing that omeprazol prevents rebleeding in patients with bleeding Peptic ulcer after successful endoscopy theprapy: Arch of Intern Med: vol 158; January 1998

10. Effect of Omeprazole on the Outcome of Endoscopically Treated Bleeding Peptic Ulcers – Schaffalitzky de Muckadell O B Scand J of Gastroenterol 1997; 32; 320-27

11. Contínuos Intravenous Infusion of Omeprazole in Elderly Patients with Peptic Ulcer Bleeding – Hasselgren G Scand J of Gastroenterol 1997; 32

PTC CLIN 009 - DOENÇA PULMONAR OBSTRUTICA CRÔNICA DESCOMPENSADA- DPOC

1.MATERIAL NECESSÁRIO

- Estetoscópio
- Esfigmomanômetro
- Termômetro
- Oxímetro de pulso
- Oxigênio
- Ar comprimido
- Cateter Nasal / Máscara facial
- Fenoterol / Salbutamol/ipratrópio
- Aminofilina
- Hidrocortisona
- Prednisona

2.ATIVIDADES CRÍTICAS

1. Diagnóstico
2. Identificação dos fatores de risco para descompensação
3. Propedêutica
4. Abordagem do paciente

3.PROCEDIMENTOS

1. Diagnóstico Insuficiência respiratória crônica, mais freqüente em pacientes acima de 55 anos, com períodos de agudização, caracterizada por:
   - Aumento da dispnéia
   - Tosse ou produção de escarro
   - Alteração do estado mental
   - Insuficiência ventricular direita (cor pulmonale)
2. Fatores de risco para descompensação do DPOC
   - Infecção do trato respiratório
   - Broncoespasmo secundário a poluentes
   - Arritmia cardíaca
   - Coronariopatia
   - Embolia pulmonar
   - Pneumotórax
   - Sedação

- Efeitos colaterais de drogas
- Uso inadequado de O2
- Poluição do ar, dióxido de nitrogênio, enxofre e fumaça

PROPEDÊUTICA:

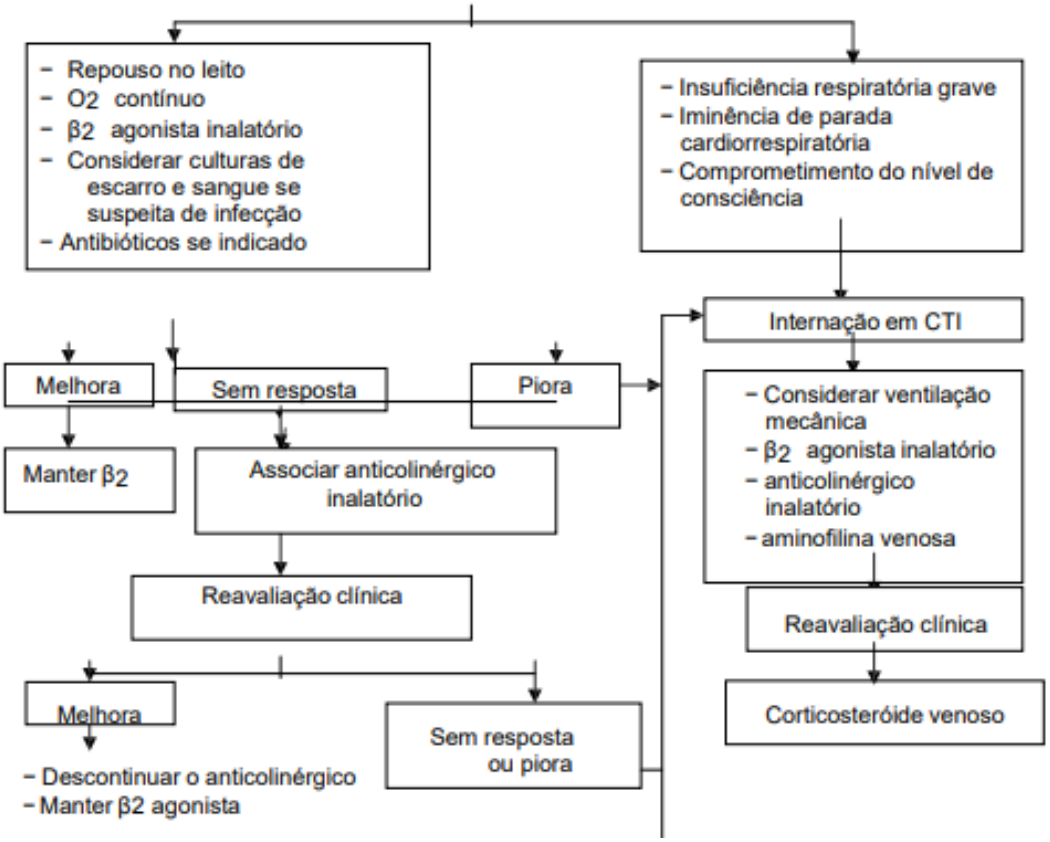
Exame Complementar	Quando Indicar
Radiografia de tórax	Todos os pacientes
Oximetria de pulso	Todos os pacientes
Gasometria arterial	Nos pacientes com alteração do estado mental ou sat ≤ 90%
Eletrocardiograma	Todos os pacientes candidatos a internação
Hemograma	Todos os pacientes candidatos a internação
Ionograma (sódio, potássio e magnésio)	Nos pacientes em uso de corticosteróide ou diurético
Uréia e creatinina	Todos os pacientes candidatos a internação
Cultura de escarro	Avaliar nos pacientes com suspeita de infecção bacteriana
Hemocultura	Avaliar nos pacientes com suspeita de infecção bacteriana

4.CRITÉRIOS DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

DPOC grave estágios II e III;
confusão mental ou alteração do estado de consciência;
Comorbidades significativas (pulmonares ou não);
PaO2 menor que 55 e/ou PaCO2 maior que 53;
Dúvida diagnóstica;
Acidose;
Cor pulmonale;
Suporte domiciliar insuficiente;
Necessidade de propedêutica sob sedação ou analgesia.

Tratamento Hospitalar

Avaliação Clínica inicial; história, exame clínico radiografia de tórax, oximetria de pulso e gasometria arterial (conforme indicação)



DROGAS USADAS NA DPOC DESCOMPENSADA

DROGA	POSOLOGIA
ß2 adrenérgico Fenoterol	• 2,5 a 5mg/dose (1ml=5mg=20 gotas), repetida a cada 30 a 60 minutos. • Nebulização com fluxo de O_2 a 6L/minuto, ou ar comprimido,se risco de hipercapnia e narcose • Diluição em 3ml de SF 0,9%
Anticolinérgico Brometo de ipratrópio	• 0,25 a 0,5mg/dose, a cada 4 a 6 horas (20 gotas=0,25mg) • Nebulização com fluxo de O_2 a 6L/minuto, ou ar comprimido Diluição em 3 a 5ml de SF 0,9%
Corticosteróide Hidrocortisona ou Prednisona	• Hidrocortisona 200mg EV, seguido por 100mg EV de 6 em 6 horas • Prednisona 40 mg VO/ dia até 15 dias
Antibióticos	Ver protocolo clm 002

5.SIGLAS

SGI = Soro Glicosado Isotônico –

SF = Soro Fisiológico

6.REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. American Thoracic Society Standards for the Diagnosis and Care of Patients with Chronic Obstrutive Pulmonary Disease (COPD). Am. J. Respir. Crit Care Med. 1995; 152: S77-S120

2. Standards for the diagnosis and treatament of patients with COPD: a summary of the ATS/ERS position paper. Eur Respir J 2004; 23: 932-946

3. II Consenso Brasileiro sobre Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC). Jornal Brasileiro de Pneumologia, Volume 30 – Suplemento 5 –Novembro de 2004

4. Global Strategy for the Diagnosis, Manegement, and Prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD) – Updated 2008.

PTC CLIN 010 - HEMORRAGIA DIGESTIVA BAIXA

CONCEITOS.

Assim como a hemorragia digestiva alta (HDA), a hemorragia digestiva baixa (HDB), apesar de menos frequente, ainda é um desafio na prática clínica diária, seja para o gastroenterologista, seja para o cirurgião do sistema digestivo, ou para o endoscopista.

A HDB era historicamente classificada por um sangramento com origem no trato digestivo em uma porção localizada distalmente ao ângulo de Treitz (junção da última porção do duodeno com o início do jejuno). Com o advento e evolução dos procedimentos endoscópicos (especialmente a enteroscopia e a cápsula endoscópica), tem sido proposta uma nova definição, caracterizando a HDB como um sangramento que ocorre distalmente a válvula ileocecal (acessível à colonoscopia).

A HDB pode ser classificada em aguda ou crônica. A aguda é definida como de início recente (arbitrariamente com menos de 03 dias de duração) e pode resultar em instabilidade clínica, anemia e/ou necessidade de hemotransfusão. Na HDB crônica o sangramento acontece por um período mais prolongado, de forma lenta e intermitente, manifestado com episódio de melena, pequeno sangramento visível pelo reto ou pela pesquisa de sangue oculto nas fezes positiva (PSO).

Mesmo com todos os meios disponíveis para investigação diagnóstica, em 8-12% dos casos, a origem do sangramento não fica clara após exame endoscópico alto e baixo com endoscopia e colonoscopia.

A principal causa de HDB é a doença diverticular do cólon. As doenças anorretais são a segunda causa. Outras causas incluem os diferentes tipos de colite, as malformações vasculares, causas iatrogênicas (pós-polipectomia), câncer colorretal, dentre outras, enquanto que causas não definidas recentemente são responsáveis 22,8% das causas de HBD (Tabela 1).

OBJETIVOS.

- Fornecer orientação sobre o diagnóstico e estratificação de risco dos pacientes com Hemorragia Digestiva Baixa aguda.
- Descrever o papel da endoscopia e outras modalidades (radiologia intervencionista, cirurgia) no diagnóstico e tratamento da Hemorragia Digestiva Baixa aguda.
- Fornecer orientações sobre o manejo adequado de agentes antitrombóticos/anticoagulantes em pacientes que apresentam Hemorragia Digestiva Baixa aguda.

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO.

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO: Pacientes admitidos no HUWC que se apresentem com manifestações clínicas de Hemorragia Digestiva Baixa (hematoquezia ou enterorragia) estando ou não em uso de anticoagulantes.

CRITÉRIO DE EXCLUSÃO: Pacientes que sabidamente apresentem fonte de Hemorragia Digestiva proximal à válvula ileocecal (não acessível à colonoscopia).

ATRIBUIÇÕES, COMPETÊNCIAS E RESPONSABILIDADES.

Este Protocolo foi elaborado com contribuições dos Serviços de Gastroenterologia e Endoscopia do Serviço .

É função do médico assistente, assegurar a estabilidade hemodinâmica do paciente antes de proceder para realização de terapêutica hemostática adequada. Medidas iniciais de ressuscitação volêmica com cristaloides, monitorização rigorosa e, caso necessário, hemoderivados são fundamentais, além da correção das coagulopatias (INR > 1,5) e trombocitopenias (<50.000). Após estabilização clínica inicial, o paciente pode seguir para realização de métodos diagnósticos/terapêuticos, sendo a Endoscopia Digestiva Baixa o principal método neste contexto, respeitando suas contraindicações.

HISTÓRIA CLÍNICA E EXAME FÍSICO.

Na História Clínica do paciente com HBD, deve-se procurar por fatores de risco para etiologias específicas. O consumo de álcool, tabagismo, uso de anti-inflamatórios não esteroidais (AINEs), baixas doses de aspirina e outros anti-agregantes plaquetários, são considerados como fatores de risco independentes para aumento do risco de sangramento de doença diverticular (principal causa de HDB) e devem ser sempre pesquisados.

A apresentação clínica da HDB é variável, podendo se apresentar com hematoquezia, enterorragia ou, mais raramente, melena (em casos de trânsito intestinal mais lento). Algumas características na história clínica podem sugerir a etiologia, como: na doença diverticular, por exemplo, o sangramento é geralmente no cólon direito e comumente apresenta-se com um sangramento súbito, volumoso e autolimitado; já nas doenças orificiais, frequentemente ocorre hematoquezia de pequena monta e não misturada às fezes. Além das características do sangramento, deve-se avaliar a duração dos sintomas, presença de dor abdominal e emagrecimento, história prévia de divertículos ou Doença Inflamatória Intestinal (DII), antecedentes de radioterapia e doenças crônicas associadas.

No exame físico inicial deve-se ter atenção especial aos sinais vitais para identificar sinais de hipovolemia, além de um exame proctológico, o que pode evitar procedimentos mais invasivos e onerosos.

CRITÉRIOS DE INTERNAÇÃO.

Embora comparativamente menos bem estabelecidos do que na HDA, existem alguns escores de estratificação de risco para HDB, porém nenhum foi diretamente comparado com o julgamento clínico. Então, os dados clínicos disponíveis no momento da apresentação inicial do paciente são a melhor opção para identificar pacientes com alto risco de sangramento grave e outros resultados adversos.

O escore de Oakland (Tabela 2) foi validado em um estudo retrospectivo de 38.067 pacientes internados em 140 hospitais nos EUA. É composto por sete variáveis e foi projetado para prever "alta segura" (ausência de ressangramento intra-hospitalar, necessidade de transfusão de hemácias ou intervenção terapêutica, ocorrência de morte intra-hospitalar e readmissão em 28 dias). Um limite de pontuação de ≤ 8 pontos tem 95% de probabilidade de alta segura, sendo o limite recomendado para identificar pacientes para alta hospitalar.

Então, qualquer HDB autolimitada com um escore de Oakland ≤ 8 deve ser considerada como menor, e tais pacientes podem ser considerados para alta hospitalar precoce, enquanto todos os outros, com ou sem instabilidade hemodinâmica, devem ser considerados para um possível internamento hospitalar.

EXAMES DIAGNÓSTICOS INDICADOS.

• O PAPEL DA ENDOSCOPIA.

Recomenda-se a realização de EDA antes da colonoscopia, pela possibilidade do sangramento em até 15% das vezes, mesmo nos casos de enterorragia franca, ser originário do tubo digestivo alto.

O próximo passo é a realização da colonoscopia, que tem como a grande vantagem sobre os outros métodos diagnósticos na urgência, a possibilidade do examinador ir até o ambiente que o paciente grave/instável possa estar, além poder ser um método terapêutico. A mesma oferece uma acurácia no diagnóstico da HDB entre 72 e 86%, com índice de sucesso na entubação do ceco de 95%.Recomenda-se que haja preparo dos cólons antes da realização do exame, seja o preparo anterógrado, ou, em situações emergenciais, o retrógrado. Dentre as soluções utilizadas para preparo anterógrado, a mais comum é o manitol a 10%. Nos casos em que o sangramento é contínuo, e não há tempo para se realizar o preparo anterógrado, podem-se realizar um ou dois enteroclismas de 1.000mL, para a remoção dos coágulos, que podem aderir à ponta do endoscópio, dificultando a visualização adequada da mucosa colônica durante o exame.

Por fim, nos casos extremos, de alta gravidade, pode-se realizar a colonoscopia sem preparo algum, confiando-se no efeito catártico do sangue.

Objetivo é a realização da colonoscopia completa, mas em casos onde a

Angiografia/Angiotomografia (Angio TC) identificou uma fonte de sangramento no reto ou cólon sigmóide, a sigmoidoscopia flexível pode ser considerada.

O PAPEL DA RADIOLOGIA INTERVENCIONISTA E DA CIRURGIA.

A AngioTC de abdome tem alta sensibilidade e especificidade na presença de sangramento ativo. Entretanto, perde espaço no sangramento intermitente. Os pacientes com instabilidade hemodinâmica e suspeita de sangramento contínuo devem ser submetidos à AngioTC de abdome antes do exame endoscópico ou radiológico (arteriografia) para localizar o local do sangramento. A arteriografia é utilizada quando o paciente permanece instável mesmo após as medidas de ressuscitação hemodinâmica, sendo improvável que tolere o preparo intestinal e quando a colonoscopia falha em identificar e/ou tratar a hemorragia. A abordagem cirúrgica, através da laparotomia, passa a ser considerada quando todas as outras modalidades diagnósticas possíveis falham na identificação do foco de sangramento.

TRATAMENTO INDICADO E PLANO TERAPÊUTICO

• MANEJO INICIAL:

O primeiro passo no tratamento é a estabilização clínica do paciente. Medidas iniciais incluindo monitorização rigorosa de parâmetros respiratórios, hemodinâmicos e diurese são fundamentais. Deve-se estabelecer acesso venoso adequado para ressuscitação volêmica com cristalóides e, caso necessário, hemoderivados. Em pacientes estáveis hemodinamicamente e sem doenças cardiovasculares, objetiva-se um nível de Hemoglobina maior ou igual a 7 g/dL. Já em pacientes estáveis hemodinamicamente com histórico de doença cardiovascular, objetivase valores de, pelo menos, 8 g/dL.

• TERAPIAS ESPECÍFICAS:

Os pacientes com suspeita de doenças orificiais como causa da HDB devem ser avaliados pelo serviço de coloproctologia para intervenção adequada. Através da colonoscopia, vários métodos de terapia disponíveis podem ser empregados para hemostasia como: métodos térmicos (heater probe, laser, plasma de argônio, eletrocoagulação), métodos de injeção por meio de cateter (adrenalina, álcool absoluto, etonolamina, cola de cianoacrilato) e métodos mecânicos (clipe, ligadura elástica). Escolha do método dependerá do achado endoscópico, da disponibilidade no serviço e da experiência do endoscopista. A embolização arterial é reservada para o tratamento de HDB aguda, potencialmente fatal, seja em pacientes hemodinamicamente instáveis com sangramento ativo, demonstrado por AngioTC ou com sangramento intenso e contínuo não tratável ou não efetivamente tratada por meio de intervenções endoscópicas.

Recomenda-se fornecer embolização dentro de 60 minutos para um paciente hemodinamicamente instável, pois o tempo provou ser um fator significativo que influencia no resultado do paciente.

• MANEJO DE AGENTES ANTITROMBÓTICOS:

O manejo de agentes antitrombóticos requer uma abordagem multidisciplinar que considera a gravidade do sangramento, o risco de ressangramento e o risco trombótico do paciente. Recomenda-se não interromper a anticoagulação oral com antagonistas da vitamina K em pacientes que apresentam sangramento autolimitado leve (ou seja, pontuação de Oakland ≤ 8). Em pacientes com instabilidade hemodinâmica, além da suspensão da medicação, recomendamos a administração de vitamina K e Plasma Fresco Congelado. Deve-se reiniciar a anticoagulação a partir do 7° dia após a interrupção do antagonista da vitamina K em pacientes com baixo risco trombótico. Naqueles com alto risco trombótico (válvula cardíaca mitral protética de metal, fibrilação atrial com válvula cardíaca protética ou estenose mitral, ou menos de 3 meses após tromboembolismo venoso), recomenda-se o retorno da anticoagulação com ponte de heparina, preferencialmente em 72 horas. A correção da coagulopatia não deve atrasar as intervenções terapêuticas urgentes (podem ser realizadas em níveis terapêuticos de anticoagulação). Se o risco de retomar a anticoagulação superar seus benefícios, é aconselhável consultar um especialista (hematologista, neurologista e/ou cardiologista). Recomenda-se não interromper os anticoagulantes orais diretos (DOACS) em pacientes que apresentam sangramento autolimitado leve (ou seja, pontuação de Oakland ≤ 8). Deve-se suspender os anticoagulantes e o uso de agentes de reversão em acordo com o hematologista local se o sangramento estiver em andamento e/ou houver instabilidade hemodinâmica recorrente. O tratamento com anticoagulante oral direto após HDB importante deve ser retornado o mais rápido possível a partir do 7º dia. Não recomenda a transfusão de plaquetas de rotina para pacientes com sangramento gastrointestinal inferior em uso de medicamentos antiplaquetários. Deve-se suspender o AAS durante o evento de sangramento em pacientes que o utilizam em baixas doses para prevenção cardiovascular primária e considerando sua descontinuação permanente, a menos que clinicamente indicado após discussão com o especialista de referência. Não se recomenda a suspensão definitiva do AAS em pacientes que estejam usando-o para prevenção cardiovascular secundária. Se suspenso, deve ser retomada, de preferência em 5 dias ou até antes, se a hemostasia for alcançada ou se não houver mais evidências de sangramento. Não se recomenda a interrupção rotineira da terapia antiplaquetária dupla (AAS em baixa dosagem e um antagonista do receptor P2Y12, como clopidogrel, ticagrelor) antes da consulta com o cardiologista. A continuação do AAS é recomendada, enquanto o antagonista do receptor P2Y12 pode ser continuado ou temporariamente interrompido de acordo com a gravidade do sangramento e o risco de isquemia. Se interrompido, o antagonista do receptor P2Y12 deve ser

reiniciado em 5 dias, se ainda houver indicação. Não se recomenda o uso de antifibrinolíticos (como o ácido tranexâmico) de rotina em pacientes com HDB.

CRITÉRIOS DE MUDANÇA DE TERAPÊUTICA.

A intervenção cirúrgica com laparotomia deve ser realizada apenas quando todas as medidas radiológicas e endoscópicas de intervenção tiverem sido esgotadas.

CRITÉRIOS DE ALTA OU TRASNFERÊNCIA.

Os pacientes que tiverem atingido a hemostasia e que se encontrem estáveis hemodinamicamente, com estabilidade dos níveis de hemoglobina, podem receber alta hospitalar para seguimento ambulatorial de patologia de base.

PRINCIPAIS CAUSAS DE HDB.

CAUSAS DE HDB		
DOENÇAS BENIGNAS	1. DOENÇA DIVERTICULAR DO CÓLON.	
	2. DOENÇAS ANORRETAIS	-HEMORRÓDAS -FISSURA ANAL -ÚLCERA RETAL SOLITÁRIA -PROLAPSO RETAL -TRAUMA -RETITE ACTÍNICA
	3. LESÕES VASCULARES	-ANGIECTASIAS -TELANGIECTASIA HEREDITÁRIA FAMILIAR -LESÃO DE DIEULAFOY -VARIZES COLÓNICAS E RETAIS
	4. COLITES	-DOENÇA INFLAMATÓRIA INTESTINAL -COLITE ISQUÊMICA -COLITE INFECCIOSA -COLITE INDETERMINADA
	5. PÓLIPOS	-ADENOMAS, HAMARTOMAS
	6. IATROGÊNICOS	-PÓS-INTERVENÇÃO ENDOSCÓPICA.
DOENÇAS MALIGNAS	1. CÂNCER COLORRETAL	
	2. CÂNCER ANAL	
	3. LESÕES METASTÁTICAS INVASIVAS	

ESCORE DE OAKLAND.

VARIÁVEIS		PONTUAÇÃO
IDADE	<40	0
	40-69	1
	>70	2
SEXO	FEMININO	0
	MASCULINO	1
HEMORRAGIA DIGESTIVA BAIXA PRÉVIA.	NÃO	0
	SIM	1
TOQUE RETAL	SEM PRESENÇA DE SANGUE	0
	COM PRESENÇA DE SANGUE	1
FREQUENCIA CARDÍACA	< 70	0
	70-89	1
	90-109	2
	>110	3
PRESSÃO SISTÓLICA (mmHg)	50 - 89	5
	90 - 119	4
	120 - 129	3
	130 - 159	2
	>160	0
HEMOGLOBINA (G/DL)	3.6 - 6.9	22
	7.0 – 8.9	17
	9.0 – 10.9	13
	11.0 – 12.9	8
	13.0 – 15.9	4
	>16.0	0

REFERÊNCIAS.

1. Triantafyllou K, Gkolfakis P, Gralnek IM, et al. Diagnosis and management of acute lower gastrointestinal bleeding: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline [published correction appears in Endoscopy. 2021 Jun 17]. Endoscopy. 2021; 53:850-868.

2. Strate LL, Gralnek IM. ACG Clinical Guideline: Management of Patients With Acute Lower Gastrointestinal Bleeding [published correction appears in Am J Gastroenterol. 2016 May; 111(5):755]. Am J Gastroenterol. 2016; 111(4):459-474.

3. Aoki T, Hirata Y, Yamada A, Koike K. Initial management for acute lower gastrointestinal bleeding. World J Gastroenterol. 2019; 25(1):69-84.

4. Oakland K, Kothiwale S, Forehand T, et al. External Validation of the Oakland Score to Assess Safe Hospital Discharge Among Adult Patients With Acute Lower Gastrointestinal Bleeding in the US. JAMA Netw Open. 2020;3(7):e209630. Published 2020 Jul 1.

5. Almaghrabi M, Gandhi M, Guizzetti L, et al. Comparison of Risk Scores for Lower Gastrointestinal Bleeding: A Systematic Review and Meta-analysis. JAMA Netw Open. 2022;5(5):e2214253. Published 2022 May 2.

PTC CLIN 011 – ICTERÍCIA COLESTÁTICA

1- MATERIAIS NECESSÁRIOS

- Estetoscópio
- Esfigmomanômetro
- Termômetro

2 - TAREFAS CRÍTICAS

1. Diagnóstico: 1a. Clínico

1b. Laboratorial

2. Diagnóstico Diferencial

3. Classificação

4. Propedêutica

5. Abordagem do paciente

3 - PROCEDIMENTOS

DIAGNÓSTICO CLÍNICO: (varia conforme a etiologia)

- Icterícia
- Dor abdominal tipo cólica em QSD
- Febre, calafrios
- Emagrecimento
- Colúria / Acolia fecal
- Prurido
- Anorexia

DIAGNÓSTICO LABORATORIAL:

- Hiperbilirrubinemia Direta

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:

- Causas de hemólise (Hiperbilirrubinemia Indireta)

Exemplos: Síndrome de Gilbert, Hemoglobinúria Paroxística Noturna, Drepanocitose, Esferocitosee e etc.

CLASSIFICAÇÃO:

- Colestase Intra-hepática: Hepatites – viral, auto-imune, alcoólica

Sepse

Cirrose hepática

Drogas

Pós-operatório

Gravidez

Colestase recorrente benigna

Cirrose biliar primária

Colangite esclerosante

Tumor hepático

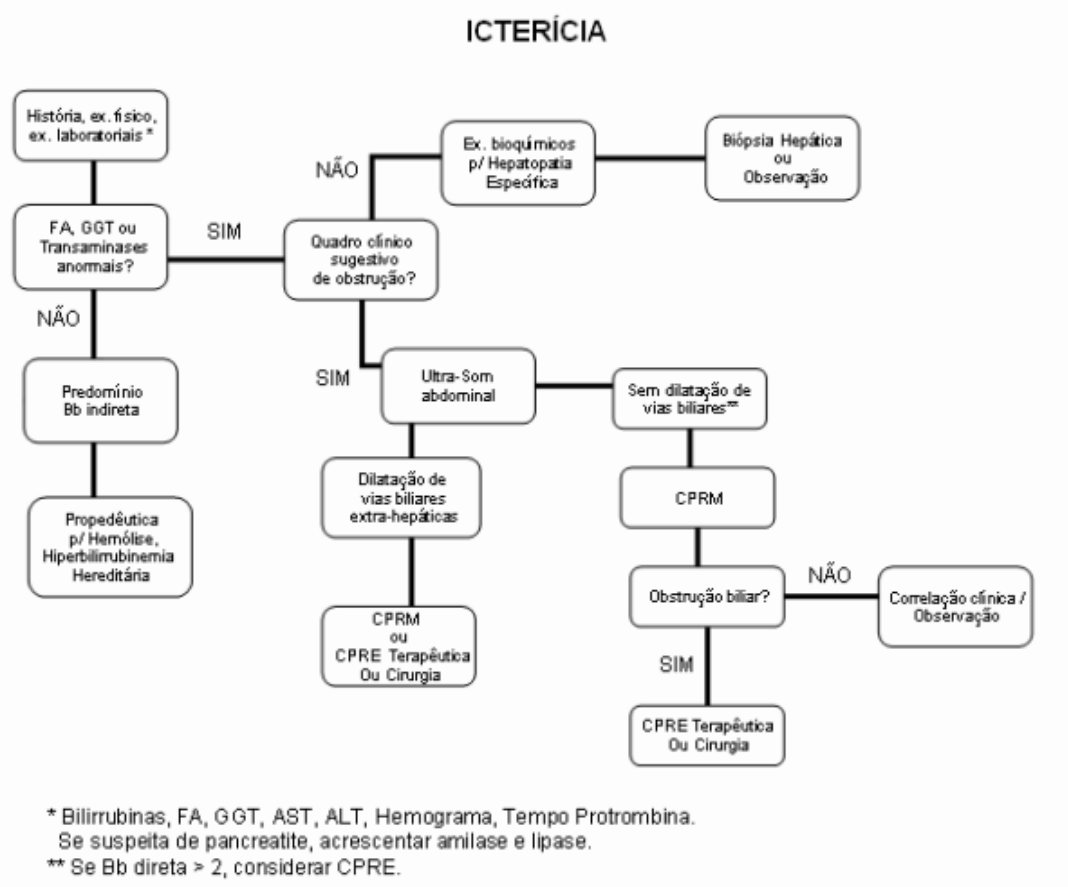
- Colestase Extra-hepática:Neoplasia de vias biliares

Pancreatite Colelitíase / Colecistite Coledocolitíase / Colangite Estenoses.

PROPEDÊUTICA:

EXAMES COMPLEMENTARES	QUANDO INDICAR
Hemograma FA GGT AST ALT Tempo de Protrombina Bilirrubinas	TODOS OS PACIENTES
Amilase Lipase	SUSPEITA DE PANCREATITE
Sorologias para hepatites virais	SUSPEITA DE HEPATITE VIRAL
Marcadores de hepatite auto-imune	SUSPEITA DE HEPATITE AUTO-IMUNE
Marcadores tumorais	SUSPEITA DE NEOPLASIA
Ultra-som abdominal	SUSPEITA DE OBSTRUÇÃO
CPRM	SUSPEITA DE OBSTRUÇÃO, MAS US NORMAL

ABORDAGEM DO PACIENTE:



4 - REGISTROS

- Prontuários Médicos.

5 - SIGLAS

- ALT: Alanino aminotransferase
- AST: Aspartato aminotransferase
- CPRE: Colangiopancreatografia Retrógrada Endoscópica
- CPRM: Colangiorressonância
- FA: Fosfatase Alcalina
- GGT: Gama glutamil transferase
- QSD: Quadrante Superior Directo
- US: Ultra-som

6 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- GOLDMAN: Cecil Textbook of Medicine, 22nd ed., Saunders, 2004.

• FELDMAN: Sleisenger & Fordtran's Gastrointestinal and Liver Disease, 7th ed., Saunders, 2002. ROCHE,SP; KOBOS,R. Jaundice in the adult patient. Am. Fam. Physician. 69: 299-304, 2003.
• HALLAL,AH et al. Magnetic Resonance Cholangiopancreatography Accurately Detects Common Bile Duct Stones in Resolvig Gallstone Pancreatitis. J. Am. Coll. Surg. Vol 200, No 6: 869-875, 2005.
• SHAH,K; WOLFE,RE. Hepatobiliary ultrasound. Emerg. Med. Clin. N. Am. 22: 661-673, 2004.
• ASGE guideline: the role of ERCP in diseases
• of the biliary tract and the pancreas. Gastr. Endosc. Vol 62, No 1: 1-6, 2005

PTC CLIN 012 – MANUSEIO DE PACIENTE EM CRISE ASMÁTICA

1 - MATERIAL NECESSÁRIO

- Oxímero de pulso
- Oxigênio
- Cateter nasal / máscara facial
- Estetoscópio
- Esfigmomanômetro
- Fenoteral / salbutamol
- Ipratrópio
- Prednisona
- Hidrocortisona
- Beclometasona aerosol
- Sulfato de Magnésio

2 – ATIVIDADES CRÍTICAS

1. Diagnóstico
2. Diagnóstico Diferencial
3. Propedêutica
4. Estabelecimento do nível de gravidade
5. Abordagem do paciente

3 – PROCEDIMENTOS

1. Diagnóstico

•Paroxismos de tosse, dispnéia e sibilos

• Dependendo da gravidade

a.Cianose

b. Sudorese profunda

c. Alterações mentais

d. Uso da musculatura acessória

e. Pulso paradoxal

f. Silêncio respiratório

• PFE com padrão obstrutivo com melhora após inalação de β2-adrenérgico

2. Diagnóstico Diferencial

- Doença pulmonar obstrutiva crônica
- Insuficiência cardíaca congestiva
- Tromboembolismo pulmonar
- Disfunção laríngea
- Obstrução de vias aéreas altas
- Aspiração de corpo estranho
- Pneumonia eosinofílica
- Granulomatose alérgica
- Tosse secundária ao uso de drogas (ex.: inibidores da enzima de conversão da angiotensina)

3. Propedêutica

Exame complementar	Quando indicar
Radiografia de tórax em póstero anterior e perfil	Em todos pacientes que necessitem internação ou em casos suspeitos de pneumonia ou para diagnóstico diferencial
Radiografia de seios da face	Se houver suspeita de sinusite associada
Tomografia de seios da face	Se houver suspeita de sinusite e radiografia não for diagnóstica.
Oximetria de pulso	Todos os pacientes classificados como quadro moderado a grave
Gasometria arterial	Pacientes com saturação da Hb < 90% (Sat O_2)
Potássio sérico	Todos os pacientes classificados como quadro moderado a grave e/ou em uso crônico de β_2 e/ou corticosteróide

4. Estabelecimento do nível de gravidade

	Leve	Moderada	Grave	Insuficiência respiratória iminente
Sintomas				
Dispnéia	Ao caminhar	Ao falar	Em repouso	
Fala	Sentenças	Frases	Palavras	
Consciência	Agitado	Agitado	Agitado	Torporoso ou confuso
Sinais				
FR	Aumentada	Aumentada	>30ipm	
Uso da musculatura acessória	Ausente Paradoxal	Comumente	Sempre	Movimento tóraco-abdominal
Sibilo	Moderado, tele expiratório	Intenso, holo-expiratório	Intenso, ins e expiratório	Ausência de sibilo
FC	<100 bpm	100-110 bpm	>110bpm	Bradicardia
Pulso paradoxal	<10 bpm	10-25 mmHg	>25mmHg	Ausência sugere falência muscular

5. Abordagem do Paciente

História, exame físico, PFE, saturação de O2 (em pacientes com sinais de gravidade ou PFE<50%) outros testes indicados (gasometria: pacientes com hipoventilação ou esforço acentuado).

PFE>50%

- β2 agonista inalatório, até 3 doses na 1ª hora
- Oxigênio para manter Sat O2≥90% (>95% na grávida ou ICC).
- Corticosteróide oral se não há resposta imediata ou se paciente usou recentemente

PFE<50%

- β2 agonista e anticolinérgico inalatório, até 3 doses na 1ª hora
- Oxigênio para manter Sat≥ 90% (e>95% na grávida ou ICC). Se Sat O2 não disponível, administrar O2 sempre
- Corticosteróide oral

Insuficiência respiratória presente ou iminente

- Intubação e ventilação mecânica
- β2 agonista e anticolinérgico inalatório
- Corticosteróide venoso
- Avaliar sulfato de magnésio
- Encaminhar ao CTI

Repita a avaliação

Sintomas, exame físico, PFE, Sat O2, outros testes se preciso
(gasometria: pacientes com hipoventilação, esforço acentuado ou PFE<30%)

Exacerbação moderada

PFE entre 50 e 80% do previsto
Exame físico: sinais moderados

- β2 agonista inalatório a cada 60 min
- Corticosteróide sistêmico.
- Continuar o tratamento por 1 a 3 horas, contanto que haja melhora.

Exacerbação grave

PFE < 50% do previsto
Exame físico: sinais graves de repouso, uso de musculatura acessória
História: paciente de alto risco
Nenhuma melhora após tratamento inicial

- b2 agonista inalatório a cada 60 min ou contínuo + anticolinérgico
- Oxigênio
- Corticosteróide sistêmico

Boa resposta

PFE>70%
Resposta mantida por 60 min após a última dose
Exame físico normal

Resposta incompleta

PFE>50% mas <70%
Sinais leves a moderados

Resposta pobre

PFE<50%
PCO2>42mmHg
Exame físico: sinais de gravidade, confusão, torpor

Decisão individualizada sobre a hospitalização (resposta ao tratamento inicial é o melhor preditor da necessidade de hospitalização que a gravidade da apresentação inicial)

Alta para a casa

- Continuar tratamento com β2 agonista inalatório
- Continuar o curso de corticosteróide oral
- Educação do paciente

Internação

- β2 agonista e anticolinérgico inalatório
- Corticosteróide oral ou venoso
- Oxigênio
- Monitorizar PFE, pulso, Sat O2
- Considerar sulfato de magnésio

Internação em CTI

-β2 agonista a cada 60 min ou contínuo e anticolinérgico inalatório
-Aminofilina
-Corticosteróide venoso
-Oxigênio
-Sulfato de Magnésio
-Possibilidade de intubação e ventilação mecânica

Melhora

Alta Hospitalar

- Continuar tratamento com β2 agonista inalatório
- Continuar o curso de corticosteróide oral
- Educação do paciente

DROGAS USADAS NA EXACERBAÇÃO DA ASMA

MEDICAMENTOS	DOSE	COMENTÁRIOS
B_2 agonista inalatório		
Fenoterol Solução para nebulização (5mg/ml)	2,5 a5mg a cada 20 min x 3, seguido por 2,5 a 10mg a cada 1 a 4 horas SN, ou 10 a 15mg/hora contínuo.	Diluir em 4ml de SF0,9%, com fluxo de O_2 a 6l/min
Aerossol (0,2mg/dose)	4 a 8 doses a cada 20 min por até 4horas, depois a cada 1 a 4 horas SN	Na alta, indicar 2 doses a cada 4 a 6 horas
Salbutamol Solução para nebulização (5mg/ml)	2,5 a 5mg a cada 20 min X3, seguido por 2,5 a 10mg a cada 1 a 4 horas SN, ou 10 a 15mg/hora contínuo	Diluir em 4ml de SF0,9%, com fluxo de O_2 a 6l/min
Aerossol (0,1mg/dose)	4 a 8 doses a cada 20 min por até 4 horas, depois a cada 1 a 4 horas SN.	Na alta, indicar 2 doses a cada 4 a 6 horas
Anticolinérgicos		
Ipratrópio Solução para nebulização (0,25 mg/ml)	0,25 a 0,5mg a cada 30min x 3, seguido por 0,25 a 0,5mg a cada 2 a 4 horas SN. 4 a 8 doses SN	Diluir em 4ml de SF 0,9%, com fluxo de O_2 a 6l/min.
Corticosteróides		
Prednisona (5 e 20mg/compr)	120 a 180mg/dia em 3 a 4 tomadas x 48horas, depois 60 a 80mg/dia até PFE atingir 70%	Para alta hospitalar, 40 a 60mg em dose única ou 2 tomadas diárias, por 3 a 14 dias.
Hidrocortisona (100,300 e 500mg/ampola)	100 a 200mg EV a cada 6 horas	
Beclometasona aerossol (20µg mg/dose)	2 doses a cada 6 a 8 horas. Não é indicado na abordagem de urgência	Para alta, a todos os pacientes que receberam corticosteróide sistêmico.
Sulfato de Magnésio (Ampola 10 ml a 50%)	4 ml diluído em 50 ml de SF 0.9% Pode-se repetir em 20 min.	

4 – REGISTROS

- Prontuários Médicos.

5 - SIGLAS

MVF = Murmúrio vesicular fisiológico

FR = Freqüência respiratória

FC = Freqüência cardíaca

PFE = Pico de fluxo expiratório

PO2 = Pressão arterial de oxigênio

PCO2 =Pressão arterial de dióxido de carbono

6 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Rippie JM, Irvin RS, Fink PM, Cerra FB. Intensive Care Medicine, 3ª ed, 1996; P 605-618

2. Mc Faden Er Jr. Asma. In: Harrison Medicina Interna. Mc Graw Hill, 1998; 1514-1521

3. Asma Aguda no Adulto II. Consenso Brasileiro no manejo da Asma. J Pneumonologia, 24 (4):255263, jul-ago 1998

4. <Managing exacerbations of asthma. NIH publication, Bethesda. 2007. Disponível em: <www.nhlbinih.gov>. Acesso em 28 de agosto de 2007.

5. Global Initiative for Ashtma. Global Strategy for ashtma management and prevention. Ver. 2006 ed. Bethesda, Md.: National Institutes of Health, National Heart, Lung, and Blood Institute; 2006.

6. Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia. IV Diretrizes Brasileiras para o Manejo da Asma. J. Bra Pneumol. 2006;32:S 447-S474

PTC CLIN 013 – TROMBOEMBOLISMO PULMONAR

1 - MATERIAL NECESSÁRIO

- Estetoscópio
- Esfigmomanômetro
- Oximêtro de pulso
- Oxigênio
- Cateter Nasal / Máscara facial
- Heparina
- BIC
- Enoxiparina
- Marevan
- Sulfato de protamina

2 - TAREFAS CRÍTICAS

1. Diagnóstico
2. Diagnóstico diferencial
3. Propedêutica
4. Tratamento

3 – PROCEDIMENTOS

1. DIAGNÓSTICO CLÍNICO

• Dispnéia de início súbito
• Dor torácica ventilatório-dependente
• Taquipnéia
• Taquicardia, febre, hiperfonese e desdobramento da 2ª bulha
• Opressão precordial e síncope na embolia maciça

2. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

• Pneumonia
• Atelectasia no pós-operatório
• Pericardite
• Pleurite
• Infarto agudo do miocárdio
• Aneurisma de aorta
• Tamponamento cardíaco

4. PROPEDÊUTICA	
Exame complementar	**Quando indicar**
Radiografia de tórax em PA e perfil	Para todos os pacientes
Eletrocardiograma	Para todos os pacientes
Oximetria de pulso	Para todos os pacientes

Gasometria arterial	Para pacientes com saturação de $O_2 \leq 94\%$
Dímero - D	Exame inicial em pacientes com quadro clínico duvidoso e inespecífico para definir continuidade de propedêutica. Valor de referência preditivo negativo: <500
Cintilografia pulmonar de ventilação / perfusão Scan V/Q	Para todos os pacientes com diagnóstico clínico altamente provável para TEP, radiografia de tórax sem alterações e contra-indicação para angiotomografia de tórax
Angiotomografia computadorizada de tórax	Para pacientes com quadro clínico e propedêutica inicial sugestivos de TEP
Duplex Scan de MMII	Pacientes com sinais clínicos de TVP ou pacientes com contra indicacão à angiotomografia de torax
Ecocardiograma	Exame inicial para pacientes criticamente enfermos (IVD aguda e/ou choque cardiogênico)
Angiografia pulmonar	1. Em pacientes de alto risco para anticoagulação, cuja propedêutica anterior for inconclusiva 2. Necessidade de diagnóstico diferencial no paciente criticamente enfermo
PTTa	Em pacientes em uso de heparina, a cada 6 horas, até manter valor do PTTa 1,5 a 2 vezes o normal. A seguir dosar diariamente
RNI	Em pacientes em uso de warfarin, a cada 24 horas, até manter valor do RNI na faixa de 2 a 3. A seguir dosar quinzenalmente, enquanto em uso do warfarin.
Plaquetas	Em pacientes em uso de heparina, dosar a cada 3 dias

Valores de Referência:

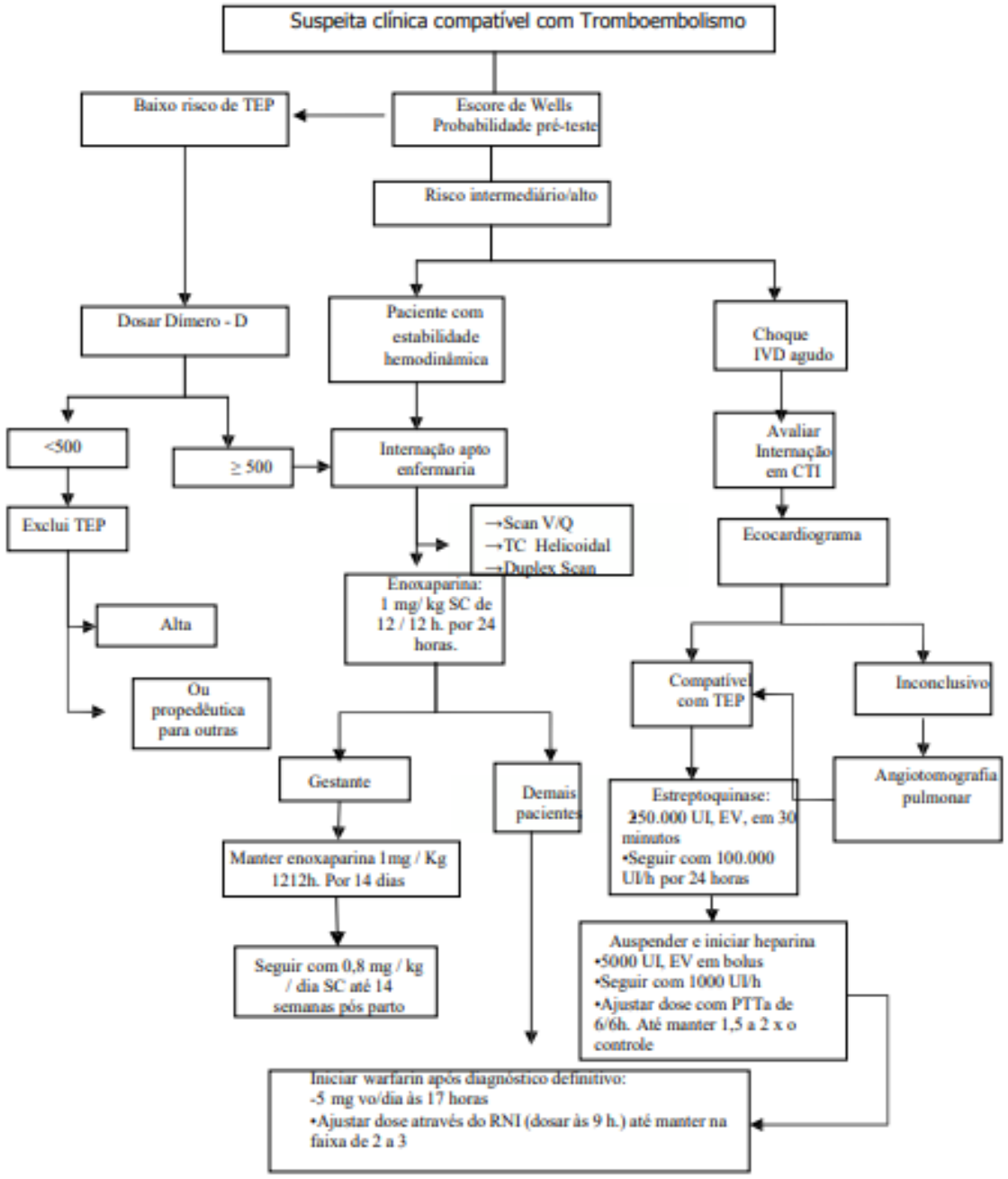
1. Dímero – D ⇑ < 500 exclui TEP
   ≥ 500 necessidade de propedêutica confirmatória para TEP
2. Saturação da Hemoglobina pelo O_2 ⇑ Ideal > 94%
3. Gasometria arterial (FiO_2 : 21%) ⇑ adulto hígido
   - PH: 7,35 a 7,45
   - PaO_2 ≥ 80 mmHg
   - $PaCO_2$: 35 a 40 mmHg
4. PTTa: Igual ou até 1x maior que o teste controle
5. RNI: 1
6. Plaquetas: 150.000 a 400.000 / mm^3
7. Escore de Wells:

7. Escore de Wells:

CRITÉRIOS	PONTOS
Suspeita de TVP	3,0
Diagnóstico alternativo menos provável do que TEP	3.0
Freqüência cardíaca>100 batimentos/minuto	1,5
Imobilização ou cirurgia nas ultimas 4 semanas	1,5
História pregressa de TVP ou TEP	1,5
Neoplasia	1,0
Hemoptiase	1,0

- 0-2 pontos: Baixo risco (probabilidade de TEP ->3,5%)
- 3-6 pontos: Risco intermediário (probabilidade TEP->20,5%)
- >6 ponto: alto risco (probabilidade TEP->66,7%)

ABORDAGEM DO PACIENTE



6 - REGISTROS

- Prontuários Médicos.

7 – SIGLAS

FiO2: fração inspirada de oxigênio

Mmii: membros inferiores
PTTa: tempo de tromboplastina ativada
Sat :saturação
TEP: Tromboembolismo pulmonar
TVP: Trombose venosa profunda

8 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Tapson VF. Acute pulmonary embolism. N Engl J Med 2008;358:1037-1052.
2. Tapson VF, Decousus H, Pini M, Chong BH, et al. Venous thromboembolism prophylaxis in acute ill hospitalized medical patients. Chest, 2007: 132; 936-944.
3. Torbicki A, Perrier A, Konstantinides S, Agnelli G, et al. Guidelines on the diagnosis and management of acute pulmonary embolism. Eur Heart J 2008;29:2276-2315.
4. Hyers TM. Agnelli G. hull RD. et al. Antithrombotic therapy for venus thromboembolic disease. Chest 1998;114/5: 561s-578s
5. Frémont B, Pacouret G, Jacobi D, Puglisi R, et al. Prognostic value of echocardiografic right/left end diastolic diameter ratio in patients with acute pulmonary embolism. Chest 2008;133:358-62.
6. Hirsch J, Guyat G, Albers GW, Harrington R, Schunemann HJ. Antithrombotic and thrombolytic therapy. Chest2008;133:110S-112S.
7. Kearon C, Kahn SR, Agnelli G, Goldhaber S, Raskob GE, Comerota AJ Antithrombotic therapy for venous thromboembolic disease. Chest 2008;133:454-545.
8. Penna JTM, Sulmonett N. Tromboembolismo. In: Rocha MOC, Pedroso ERP, Fonseca JGM, Silva AO. Terapêutica clínica. 1ª ed., Guanabara Koogan, 1998

PTC CLIN 014 – SÍNDROME CORONARIANA AGUDA

a.Considerações gerais de avaliação

A isquemia do miocárdio resulta do desequilíbrio entre a oferta e a demanda de oxigênio. O grau e duração da isquemia determinam se a isquemia vai evoluir para necrose ou não. O paciente apresentando dor torácica aguda de possível origem cardíaca deve ser considerado com portador de infarto agudo do miocárdio até prova em contrário. Um número substancial das mortes relacionadas a doença coronariana ocorre nas primeiras duas horas após o início dos sintomas, geralmente antes da admissão do paciente no hospital.

Os óbitos no pré-hospitalar decorrem geralmente de taquicardia ventricular e fibrilação ventricular. O início rápido do tratamento no ambiente pré-hospitalar reduz o número de óbitos e a morbidade decorrente deste quadro. São síndromes coronarianas agudas: a angina instável e o infarto agudo do miocárdio.

Apesar de todos os programas de educação da comunidade, os pacientes esperam em média mais de três horas antes de procurarem auxíli o médico. As consequências deste fato são que apenas 25% dos pacientes com infarto agudo do miocárdio que dão entrada nos hospitais são candidatos a trombólise.

Objetivos do tratamento pré-hospitalar da síndrome coronariana aguda

Alívio da dor
Limitação da área de miocárdio com infarto
Tratamento de arritmias letais
Controle de condições clínicas de risco de vida como choque ou congestão pulmonar

b. Quadro clínico

Dor torácica em peso, queimação ou constrição, geralmente colocalização retroesternal, pode ser irradiada para extremidades superiores, ombro ou mandíbula. A dor do infarto é semelhante a da angina, porém tem maior duração e maior intensidade, o socorrista deve suspeitar de infarto agudo do miocárdio sempre que a duração dos sintomas ultrapassar vinte minutos.

O quadro pode ser acompanhado por sudorese, náusea, vômitos, dispnéia e palpitações.

Avaliar a presença de fatores de risco para doença coronariana e outros fatores de risco para isquemia miocárdica.

Idosos e diabéticos podem apresentar infarto agudo do miocárdio sem dor, as manifestações clínicas podem ser descompensação de insuficiência cardíaca e síncope.

Algumas vezes náuseas e vômitos podem ser os únicos sintomas de infarto agudo do miocárdio de parede inferior.

O exame físico pode ser totalmente normal e as alterações quando presentes são inespecíficas. Pode haver sinais de hipoperfusão com hipotensão arterial, diaforese e extremidades frias, que indicam o choque cardiogênico.

É comum a ocorrência de uma quarta bulha e menos frequentemente de uma terceira bulha que indica insuficiência cardíaca. A turgência jugular indica sobrecarga de volume ou disfunção do ventrículo direito.

Os sinais vitais podem estar dentro dos limites da normalidade ou apresentar alterações. O paciente pode apresentar-se taquicárdico ou bradicárdico, a tensão arterial pode estar elevada ou baixa. Em alguns casos pode estar presente um sopro sistólico de disfunção mitral ou estertoração pulmonarcompatível com disfunção ventricular esquerda.

O prognóstico do infarto está diretamente relacionado à escala de Killip Kimball,baseado em ausculta pulmonar, cardíaca e nos sinais de choque.

Alterações do ECG ocorrem inicialmente em 50% dos pacientes com IAM.O ECG inicial normal não afasta isquemia.

Classificação de Killip Kimball, baseada em ausculta pulmonar, cardíaca e em sinais de choque. Usada para estabelecer o prognóstico dos pacientes com infarto agudo do miocárdio

CLASSIFICAÇÃO	CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS
Killip I	Ausculta cardíaca normal. Ausculta pulmonar normal. FC < 100 bpm. PAS > 90 mmHg. FR < 20 irpm.
Killip II	Presença de B3 ou estertoração nas bases pulmonares. FC < 100 bpm. PAS > 90 mmHg. FR < 20 irpm.
Killip III (Congestão pulmonar)	Presença de B3. Estertoração > 50% nos hemitóraces. FC > 100 bpm. PAS > 90 mmHg. FR > 20 irpm.
Killip IV (Choque cardiogênico)	Presença de B3. Estertoração > 50% nos hemitóraces. FC > 100 bpm. PAS < 90 mmHg. FR > 20 irpm. Perfusão capilar lentificada. Oligúria.

Fatores de risco para doença isquêmica do coração

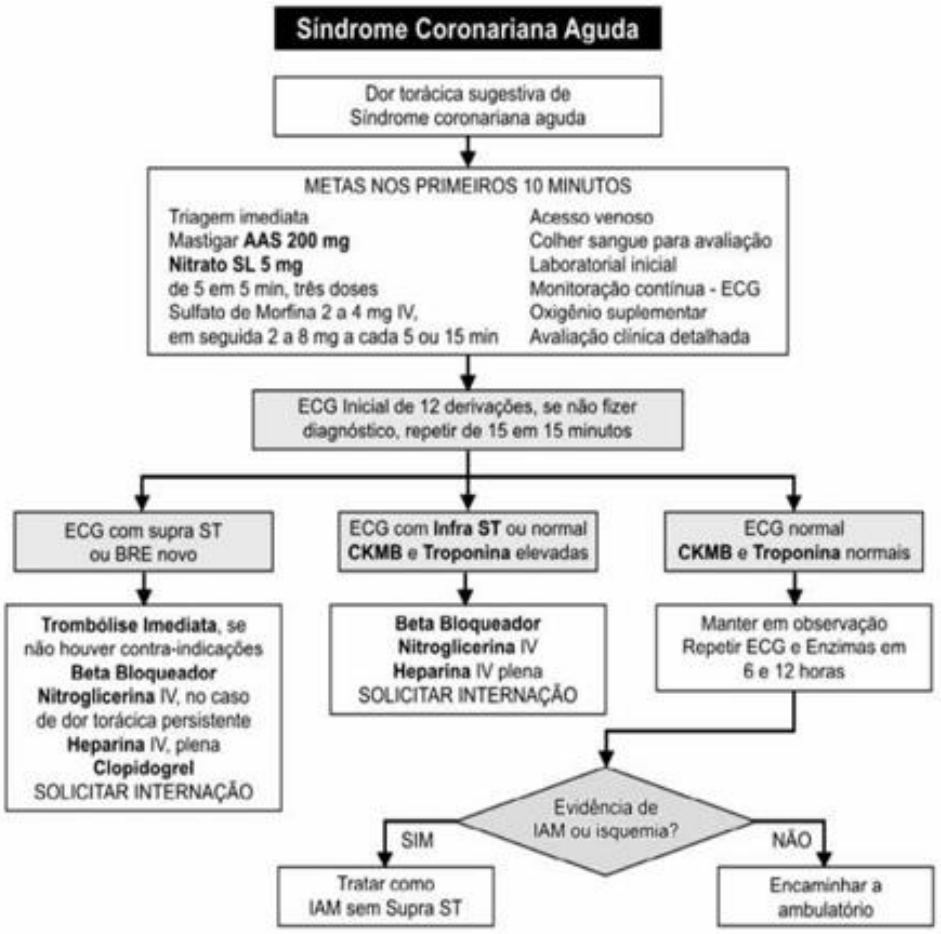
Idade
Idade
Sexo masculino
Hipertensão arterial
Tabagismo Diabetes
Mellitus Dislipidemia
História Familiar positiva

C.Conduta

- Administrar oxigênio sob máscara com fluxo de 10 litros por minuto.
- Monitorar o paciente com cardioscópio, oxímetro de pulso e monitor de PNI.
- Administrar AAS 200 mg VO, exceto se: hipersensibilidade, distúrbios de coagulação, doença hepática grave ou doença péptica ativa.
- Administrar dinitrato de isossorbitol 5 mg SL, que pode ser repetido por até três vezes a cada 5 minutos dependendo da resposta apresentada pelo paciente. Não deve ser empregado se a PA sistólica for menor que 90 mmHg ou se a frequência cardíaca for menor que 60/minuto.
- Obter acesso IV periférico utilizando cateter curto e calibroso.
- Colher sangue venoso para dosagem de: hemograma, glicemia, creatinina, uréia, troponina, TAP e PTT.
- Iniciar nitroglicerina venosa na dose inicial de 5 µg/min devendo-se aumentar esta dose em 5 µg a cada cinco minutos até atingir 50-100 µg/min ou a pressão arterial sistólica de 100 mmHg.
- Utilizar morfina de 2 a 4 mg por via IV até 10 mg quando os nitratos não forem eficazes no controle da dor ou o paciente apresentar edema agudo de pulmão e pressão arterial sistólica acima de 100 mmHg.
- Corrigir hipotensão arterial seguindo o protocolo.
- Controlar taquiarritmias e bradiarritmias com potencial de reduzir o débito cardíaco ou aumentar o consumo de oxigênio pelo miocárdio.
- Realizar eletrocardiograma de 12 derivações.
- Efetuar o "screening" para terapêutica trombolítica. A decisão deve ser baseada na avaliação da dor torácica e do eletrocardiograma. Não há necessidade de aguardar o resultado de marcadores de necrose miocárdica para iniciar o tratamento com trombolítico.

- Avaliar a presença de supradesnível do segmento ST de pelo menos um milímetro em pelo menos duas derivações de superfície contínuas e sintomas que surgiram a menos de 12 horas.
- Utilizar caso indicado a estreptoquinase na dose de 750.000 unidades IV infundida em 20 minutos, seguida por mais 750.000 unidades infundidas em 40 minutos. Caso haja tenecteplase, a mesma deve ser utilizada em pacientes com menos de 80 kg. A reteplase (rtPA) pode ser aplicado em pacientes com peso acima de 80 kg. Considerar o uso de metoprolol ou esmolol caso o paciente ainda apresente taquicardia sinusal após o controle da dor.
- Mantero ritmo cardíaco, oximetria e PNI continuamente monitorizados.
- Transferir o enfermo para unidade de cuidados intensivos em ambulância UTI, a partir da regulação de vaga na rede de apoio.

d) Algortimo de Sindrome Coronariana Aguda



e.Atendimento à dor torácica

Passo 1 – Avaliar o quadro de dor torácica Caracterizar a dor torácica
Determinar o tempo de duração da dor torácica
Passo 2 – No caso de dor torácica com início de mais de 20 minutos e com alta probabilidade de Síndrome Coronariana Aguda, iniciar o atendimento com Oxigenioterapia, Nitrato, AAS e Morfina (MONA).
Passo 3 – Realizar o eletrocardiograma imediatamente!
Passo 4 – Avaliar a presença dos fatores de risco para doença coronariana, dos diagnósticos e dos procedimentos prévios através dos dados da História Patológica Pregressa.
Passo 5 – Avaliar a condição clínica do paciente através do exame físico e classificar o paciente de acordo com a escala de Killip Kimball.
Passo 6 – Estabelecer o diagnóstico simplificado do eletrocardiograma, o mais rápido possível.
Passo 7 – Definir o diagnóstico da Síndrome Coronariana Aguda: Síndrome Coronariana Aguda com Supradesnível ST (SCACSST) Síndrome Coronariana Aguda sem Supradesnível ST (SCASSST)
Passo 8 – Preencher os critérios de inclusão e de exclusão para o uso de Trombolítico nos casos de Síndrome Coronariana Aguda com Supradesnível ST.
Administrar o trombolítico nos casos indicados.
Colher os marcadores de necrose miocárdica antes e três, seis e nove hora após a trombólise para avaliação da reperfusão.
Passo 9 – Seguir o protocolo de atendimento a pacientes com Síndrome Coronariana Aguda sem Supra ST:
Colher os marcadores de necrose miocárdica na chegada, em seis e em doze horas.
Realizar eletrocardiogramas seriados (chegada, em seis e em doze horas).
Passo 10 – Definir o diagnóstico da Síndrome Coronariana Aguda sem Supradesnível ST:
Infarto Agudo do Miocárdio sem Supradesnível ST (IAMSSST)
Angina Instável – considerar os critérios de PROGNÓSTICO de Baixo Risco e Não Baixo Risco.
Iniciar nitroglicerina venosa, antiplaquetários (AAS e clopidogrel), betabloqueador (atenolol ou propranolol) e antitrombóticos (Clexane ou heparina venosa) para os casos de IAMSSST e Angina instável (Não Baixo Risco).
Passo 11 – Estabelecer contato com a Central de Regulação de Leitos para solicitar transferência dos pacientes com indicação de internação hospitalar. Registrar a evolução do caso;

Prescrição de rotina para atendimento otimizado aos Pacientes com Infarto Agudo do Miocárdio

Soro glicosado ou Ringer Lactato para manter acesso venoso.
Sinais vitais a cada 90 minutos até estabilizar o quadro, em seguida, a cada quatro horas. Notificar ao médico se FC < 60 ou > 100 bpm, se PAS
< 100 ou PAS > 150 mmHg e se FR < 8 ou > 22 irpm.

Monitorização cardíaca contínua.
Dieta zero ou pequenas quantidades de água (50 ml) até paciente estabilizar o quadro de dor torácica. Após estabilização, iniciar dieta com 2 g de sódio por dia, hipolipídica (< 7% do total de calorias por dia) e baixo colesterol (< 200 mg por dia).
Monitorização contínua da oximetria. Cânula nasal de oxigênio a 2 litros por
minuto quando estável, durante seis horas. Reavaliar a necessidade de oxigênio (se saturação < 90% em ar ambiente) e considerar a suspensão da oxigenioterapia.
Medicações:

- Analgesia com Sulfato de Morfina, via venosa, de 2 a 4 mg, com incrementos de 2 a 8 mg, em intervalos de 5 a 15 minutos.
- Nitroglicerina Venosa nos casos de insuficiência cardíaca, hipertensão ou isquemia persistente.
- Ácido acetil salicílico (AAS) 200 mg de preferência mastigado, seguido de dose de manutenção de 100 mg por dia.
- Beta bloqueador, atenolol 25 mg duas vezes ao dia ou metoprolol 50 a 100 mg duas vezes ao dia; se não houver contra indicação, como bradicardia e hipotensão. Administrar na dose adequada através da FC e PA. e. Inibidor da enzima conversora (IECA) – captopril 6,25 mg a 50 mg três vezes ao dia.
- Iniciar IECA nos pacientes com congestão pulmonar ou FEVE <
- 40 % se as seguintes condições não estiverem presentes: hipotensão (PAS < 100 mmHg ou 30 mmHg abaixo do nível basal do paciente) ou contra-indicação conhecida ao medicamento.
- Bloqueador do receptor da angiotensina (BRA)
- Iniciar BRA nos pacientes com intolerância ao IECA, sinais radiológicos de congestão pulmonar e FEVE < 40 %.
- Heparinização plena – Administração de heparina em bomba infusora: diluir 5 ml de heparina (25.000 UI) em 245 ml de soro glicosado a 5% (solução de 100 UI por ml). Dose inicial de 4.000 UI em bolo com infusão de 800 UI por hora (8ml/h) em pacientes até 67 kg; acima de 67 kg utilizar bolo de 5.000 UI com infusão de

- UI por hora (10 ml/h). Manter
- PTTa com relação entre 1,5 e 2,5 (50 a 75 s) durante 48 a 72 horas. A heparina está indicada após o uso de rtPA (alteplase) e tenecteplase, ou nos casos de IAM sem supradesnível ST.
- Após o uso de estreptoquinase não é necessário o uso de heparina.
- Ansiolíticos durante as primeiras 24 a 48 horas do início do quadro, de preferência com benzodiazepínicos com meia vida curta.
- Laxantes

Não é recomendado o uso de bloqueadores de canais de cálcio nesta fase do IAM!
FC = frequência cardíaca;
PAS = pressão arterial sistólica;
FR = frequência respiratória;
FEVE = fração de ejeção do ventrículo esquerdo.

Delírio pode ser provocado por medicações usadas na UCC incluindo anti-arrítmicos, bloqueadores H2, opiáceos e betabloqueadores. Haloperidol pode ser iniciado na dose de 2 mg em pacientes com discreta agitação e de 5 a 10 mg em pacientes mais agitados.

Indicações para Internação Hospitalar

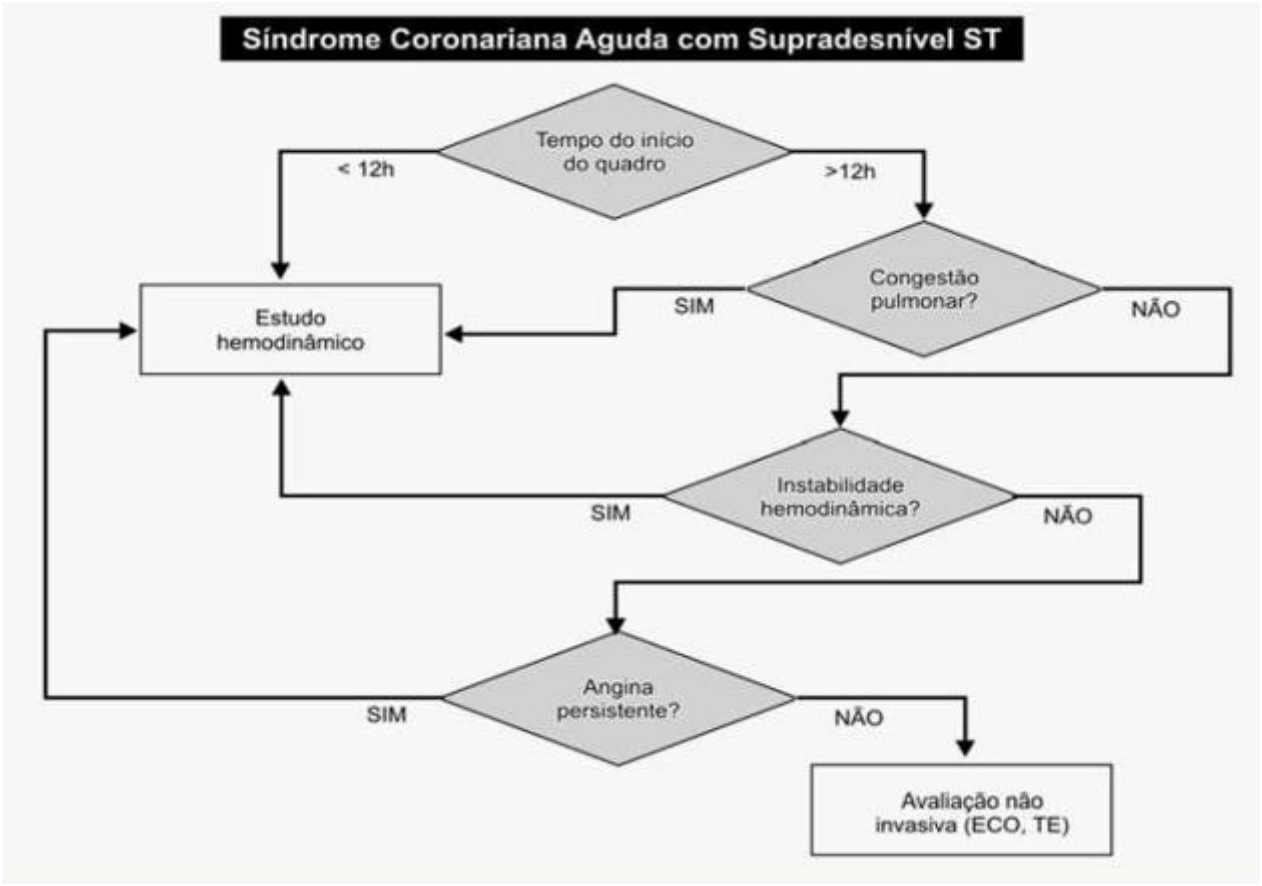
Todos os pacientes com diagnóstico de IAM, com ou sem supradesnível de ST, estão indicados para internação hospitalar para avaliação funcional através de ecocardiograma.
Os pacientes com maior risco de mortalidade e que apresentam prioridade para a internação hospitalar incluem a presença de: Insuficiência cardíaca (taquicardia sinusal persistente por mais de dois dias e estertores crepitantes > 1/3 campos pulmonares);
Taquicardia ventricular recorrente e fibrilação ventricular; Flutter ou fibrilação atrial;
Bloqueios atrioventriculares; IAM de parede anterior; e,
Episódios recorrentes de angina com alterações do segmento ST em atividades com baixa carga.
Pacientes submetidos a uma estratégia de reperfusão miocárdica, precoce e bem sucedida, apresentam um bom prognóstico com relação a complicações tardias; principalmente, na ausência de taquiarritmias ventriculares, hipotensão ou insuficiência cardíaca, cursando com boa fração de ejeção. São bons candidatos a alta do ambiente hospitalar em 5 dias após o início dos sintomas.

Indicações para estudo Hemodinâmico

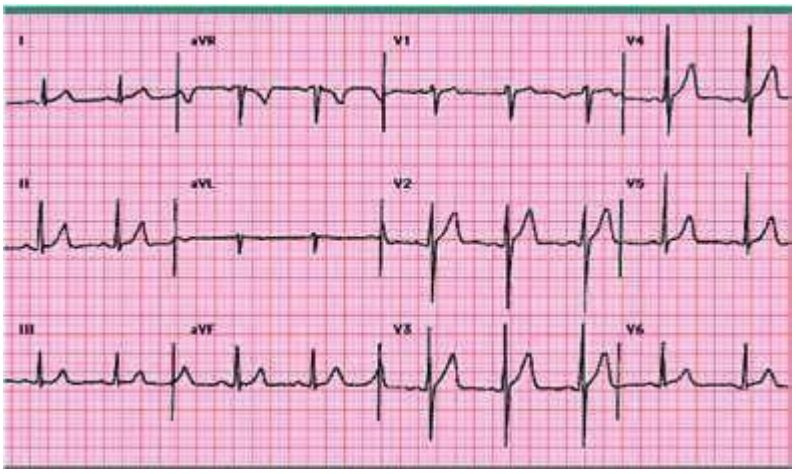
Cerca de 80% dos pacientes que apresentam Infarto Agudo do Miocárdio evoluem com estabilidade hemodinâmica, sem sinais de congestão pulmonar e sem angina pós-IAM. Em cerca de 20% dos casos, o estudo hemodinâmico é essencial para a realização de uma terapia de reperfusão mais invasiva (como a cirurgia cardíaca ou a angioplastia).
Os pacientes que apresentam contra-indicação à realização de terapia trombolítica também devem ser incluídos neste grupo.
Pacientes com Infarto Agudo do Miocárdio Com Supradesnível ST (IAMCSST)

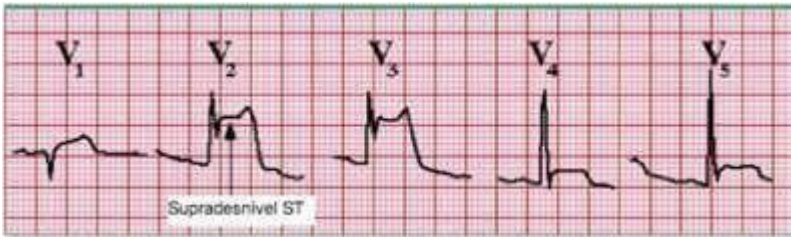
Contra indicações absolutas à realização de terapia com trombolítico

- AVE hemorrágico em qualquer tempo
- AVE isquêmico há menos de três meses
- Neoplasia intracraniana conhecida
- Sangramento interno em atividade (exceto menstruação)
- Suspeita de dissecção aórtica ou pericardite
- Trauma recente ou grande cirurgia < 6 semanas
- Complicado com Congestão Pulmonar (Killip III)
- Complicado com Instabilidade Hemodinâmica (Killip IV)
- Dor persistente após terapia com trombolítico
- Dor persistente após 12 horas do início do quadro (na ausência de terapia com trombolítico)
- Pacientes com Infarto Agudo do Miocárdio Sem Supradesnível ST (IAMSSST):
- Complicado com Congestão Pulmonar (Killip III) nas primeiras 18
- Complicado com Instabilidade Hemodinâmica (Killip IV) nas primeiras 18 horas
- Dor persistente após 12 horas de terapia otimizada.



Traçados de Eletrocardiograma com Infarto Agudo do Miocárdio

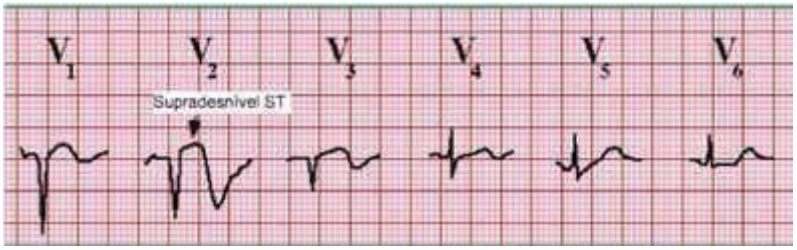




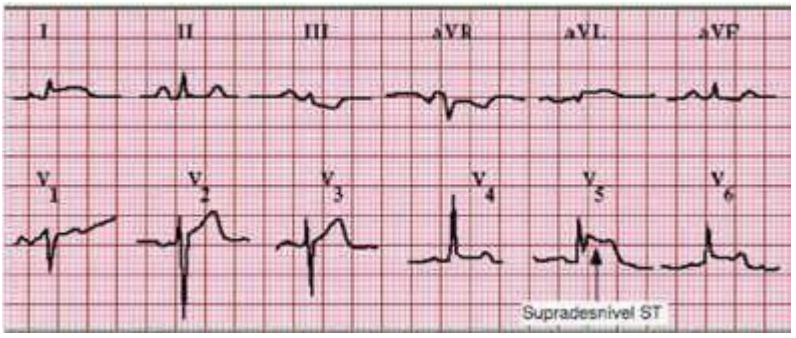
Traçado de eletrocardiograma com infarto de parede anterior na fase aguda. Pode ser observado o supradesnível do segmento ST de V2 a V5.



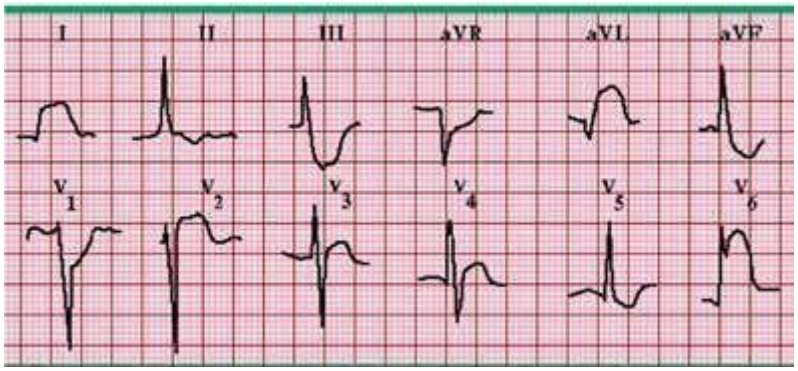
Traçado de eletrocardiograma com infarto de parede anterior na fase subaguda. Pode ser observada a presença de onda Q de V2 a V5. Nesta fase já não há benefício com a utilização de trombolítico, exceto se houver sintoma de isquemia persistente.



Traçado de eletrocardiograma com infarto de parede antero septal na fase aguda. Pode ser observado o supradesnível do segmento ST de V2 e V3.



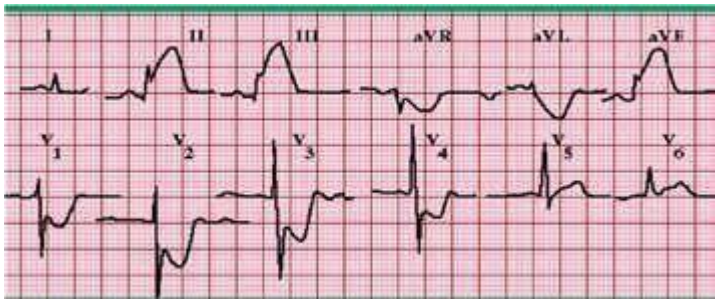
Traçado de eletrocardiograma com infarto de parede Antero lateral na fase aguda. Pode ser observado o supradesnível do segmento ST de D1, aVL, V5 e V6.



Traçado de eletrocardiograma com infarto de parede lateral na fase aguda. Pode ser observado o supradesnível do segmento ST de D1, aVL e V6.



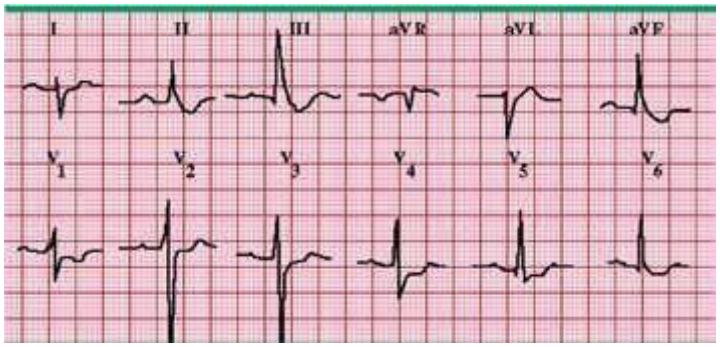
Traçado de eletrocardiograma com infarto de parede lateral na fase crônica. Pode ser observada a onda Q em D1 e aVL



Traçado de eletrocardiograma com infarto de parede inferior na fase aguda. Pode ser observado o supradesnível do segmento ST de D2, D3 e aVF associado ao infradesnível ST de V1 a V4 e aVL (imagem em espelho).



Traçado de eletrocardiograma com infarto de parede inferior na fase crônica. Pode ser observada a onda Q patológica em D2, D3 e aVF

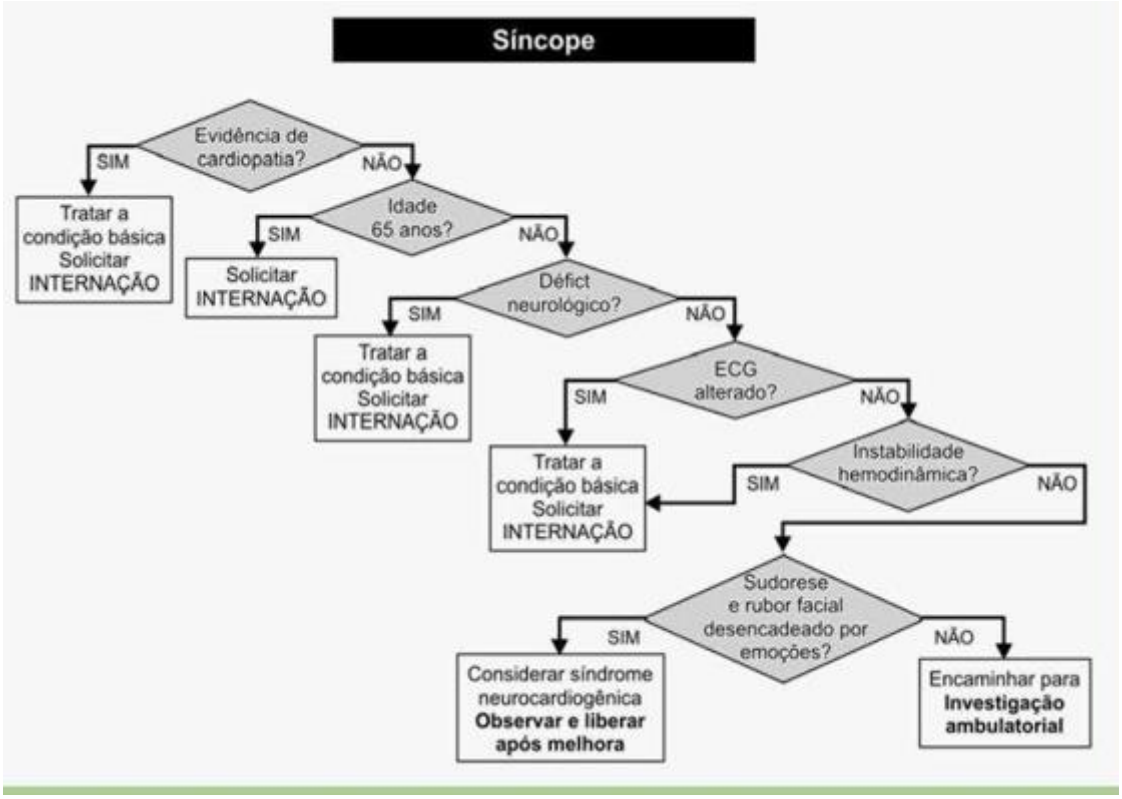


Traçado de eletrocardiograma com infarto de parede posterior na fase crônica. Pode ser observada a relação R/S > 1,0 em V1

PTC CLIN 015 – SÍNCOPE

a.Considerações especiais de avaliação

A síncope é definida como perda súbita e breve da consciência e do tônus postural, seguida por recuperação completa e rápida, devido a hipoperfusão cerebral transitória.
Pode ser a manifestação de uma condição potencialmente grave e letal.
Pode ser dividida em 2 grupos de acordo com a causa:
Cardíaca: mecanismo de interrupção do débito cardíaco, arritmia com repercussão hemodinâmica, estenose valvular, cardiomiopatia hipertrófica, embolia pulmonar e mixomas. Representa mais ou menos 10% das síncopes diagnosticadas.
Não cardíaca: é a forma mais comum sendo chamada de síncope neuro cardiogênica. É causada pela combinação de bradicardia por aumento do tônus vagal e vasodilatação periférica. Alguns estímulos específicos podem desencadear a síncope (micção, defecação, tosse e deglutição).
Geralmente tem bom prognóstico.



b.Quadro clínico

A história e exame físico são as principais ferramentas para identificar as causas da

síncope. Sugerem síncope neuro cardiogênica: sudorese, náusea, rubor facial e emoções ou situação particular agindo como fatores desencadeantes.

Pródromo sensorial, incontinência ou redução do nível de consciência com melhora gradual, sugere crise convulsiva como causa do quadro.

Os exames de laboratório são geralmente de pouca ajuda, exceto pela glicemia.

c.Conduta

- Realizar medidas de suporte básico de vida caso necessário.
- Manter o paciente em observação.
- Avaliar a vítima através de exame físico cuidadoso, aferição ortostática dos sinais vitais e de manobras como Valsalva e "squatting".
- Efetuar ECG de 12 derivações (anormal em 50% dos casos), mas dá o diagnóstico em cerca de 5% dos casos.
- Solicitar internação de pacientes apresentando: doença cardíaca conhecida, idade superior a 65 anos, achados neurológicos focais, ECG anormal (insuficiência coronariana aguda, distúrbios do ritmo) e sinais vitais instáveis.

PTC CLIN 016 – EMERGÊNCIAS HIPERTENSIVAS

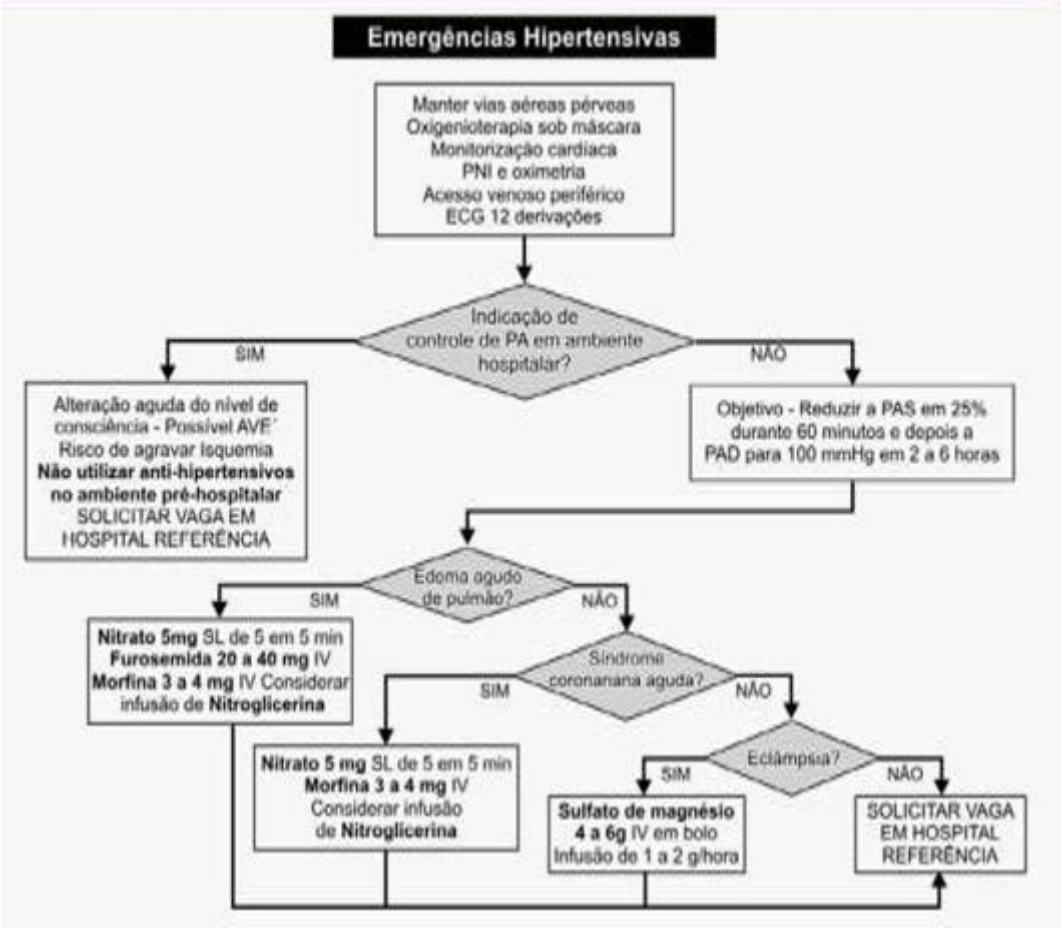
a.Considerações especiais de avaliação

São condições clínicas nas quais o aumento dos níveis tensionais coloca o paciente em risco de vida iminente e/ou o expõe a lesões irreversíveis de órgãos alvo.
Determinam a necessidade de terapêutica agressiva visando a redução dos níveis tensionais no menor tempo possível.

Geralmente nestes casos a pressão arterial diastólica supera 130 mmHg e a sistólica 200 mmHg. Porém, existem situações como a doença hipertensiva específica da gestação em que os níveis tensionais são bem menores.

As emergências são hipertensão arterial associada a: encefalopatia, insuficiência coronariana aguda, hemorragia intracraniana, edema agudo de pulmão, dissecção aórtica e a doença hipertensiva específica da gestação.

b.Algoritmo de Emergências Hipertensivas



MEDICAMENTO	AÇÕES	INDICAÇÕES	DOSE	PREPARAÇÃO	EFEITOS DELETÉRIOS
Furosemida (2 ml = 20 mg)	Diurético de ação rápida.	Edema Agudo de Pulmão.	40 mg por via intravenosa.		Hipotensão arterial, náusea e vômitos. Em transportes prolongados podem ocorrer desidratação e hipocalemia com arritmias cardíacas associadas.
Nitratos	Vasodilatador arteriolar e dos vasos de capacitância. Reduz o consumo miocárdico de oxigênio e aumenta o fluxo sanguíneo para o coração.	Dor torácica típica ou atípica em presença de tensão arterial normal ou elevada; presença de edema agudo de pulmão (de etiologia hipertensiva).	5 mg por via sublingual que pode ser repetido, caso necessário em intervalos de 5 minutos.		Cefaléia e hipotensão arterial, por vezes acompanhada de bradicardia.
Nitroglicerina (5 ml = 25 mg)	Vasodilatador arteriolar e dos vasos de capacitância. Reduz o consumo miocárdico de oxigênio e aumenta o fluxo sanguíneo para o coração.	Raramente empregado em atendimento pré-hospitalar primário. Medicamento de escolha no transporte interhospitalar da dor torácica típica em presença de hipertensão arterial. Observações: não é tão eficaz quanto o nitroprussiato de sódio em pacientes com hipertensão arterial grave. Monitorar a tensão arterial continuamente.	Dose inicial de 5 a 10 µg/ min em infusão venosa contínua, titulando até o máximo de 200 µg/min. se necessário aumentar a dose em 10 µg a cada 15 minutos.	Diluente: 250 ml de solução glicosada ou isotônica. Frasco de nitroglicerina contém 50 mg. Concentração 50 mg/250 ml = 200 µg/ml (10 µg/min = 3 ml/h).	Cefaléia e hipotensão arterial, por vezes acompanhada de bradicardia.
Nitroprussiato de sódio (Frasco = 50 mg)	Atua dilatando diretamente os vasos sanguíneos arteriais e venosos. Reduz rapidamente a tensão arterial. Fácil de titular, seu efeito desaparece poucos minutos após a suspensão da infusão.	Transportes inter-hospitalares de pacientes apresentando dissecção aórtica (associado a beta bloqueador), encefalopatia hipertensiva, acidente vascular encefálico e insuficiência ventricular esquerda. Observações: raramente empregado no ambiente pré-hospitalar, devido a necessidade de infusão contínua e de ser preparado imediatamente antes da utilização. Depende de bomba infusora e de aparelhagem para monitorar a pressão arterial.	Dose inicial de 0,5 µg/kg/ min que pode ser aumentada até o máximo de 10 µg/kg/ min. O aumento de dose deve ser efetuado gradualmente a cada 5 minutos com monitorização contínua da tensão arterial, que deve ser efetuada preferencialmente por método invasivo.	Diluente: 250 ml de solução glicosada a 5%. O frasco de nitroprussiato contém 50 mg. Concentração: 50 mg/250 ml = 200 µg/ml.	Hipotensão arterial principalmente. Não costumam ocorrer problemas relacionados a toxicidade nas primeiras horas do tratamento.

Medicamentos com ação anti-hipertensiva

c.Conduta

Indicar a intervenção pré-hospitalar imediata em emergências hipertensivas associadas à insuficiência ventricular esquerda, insuficiência coronariana aguda, eclâmpsia e suspeita de dissecção aórtica.

Empregar nas emergências sempre um agente titulável e de ação curta como o nitroprussiato de sódio ou a nitroglicerina venosa, mantendo sempre a pressão arterial monitorizada. Manter a PAM entre 100 e 110 mmHg, pois em níveis pressóricos considerados "normais" alguns pacientes podem apresentar isquemia miocárdica ou do sistema nervoso central.

PTC CLIN 017 – EDEMA AGUDO DE PULMÃO HIPERTENSIVO

a.Considerações especiais de avaliação

Apresentação da insuficiência cardíaca

Pode ser precipitada por:

- Taquiarritmias
- IAM ou isquemia miocárdica
- Sobrecarga de sódio
- Crise hipertensiva
- Exercício físico extenuante
- Substâncias com ação inotrópica negativa

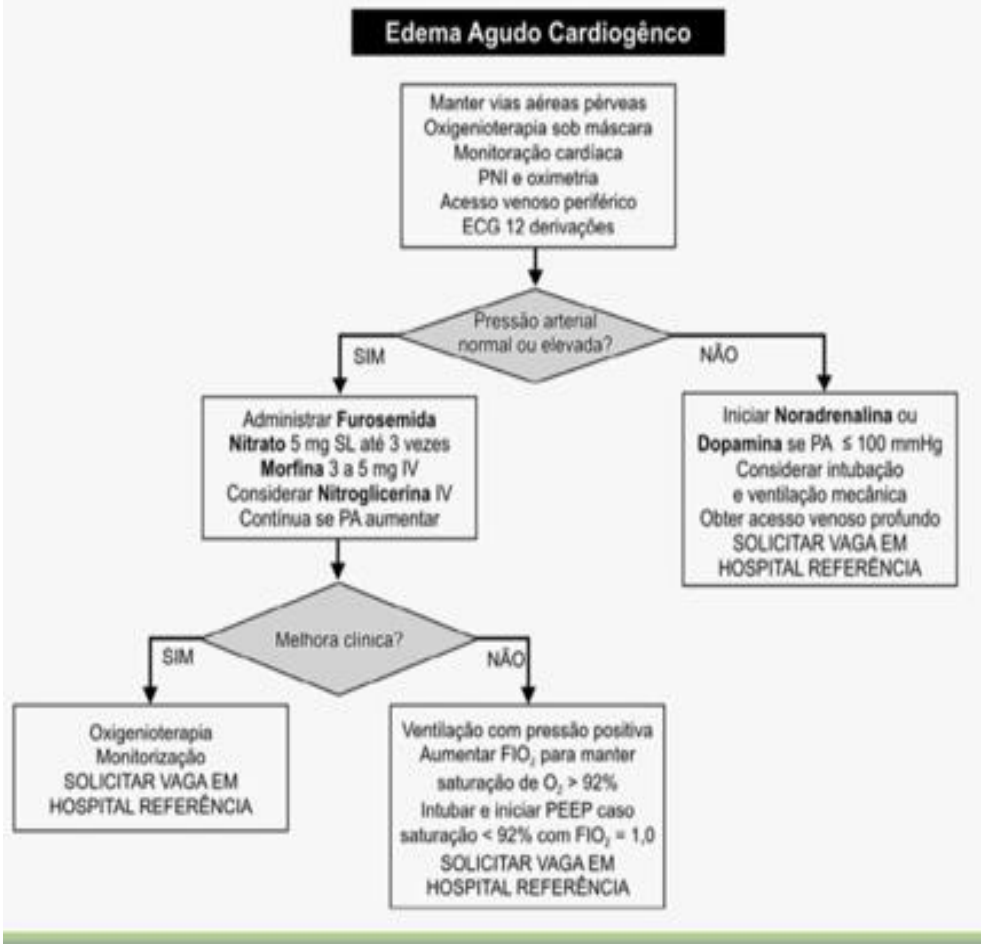
b.Quadro clínico

- Dispnéia severa, escarro espumoso esbranquiçado ou róseo.
- Taquipnéia, taquicardia, estertores pulmonares, 3ª bulha ou 4ª bulha.
- Associação com arritmias cardíacas, especialmente fibrilação atrial.
- Hipertensão arterial é frequente.
- História de dispnéia aos esforços e ortopnéia.

c.Conduta

- Elevar a cabeceira a quarenta e cinco graus.
- Administrar oxigênio suplementar sob máscara com fluxo de dez a quinze litros por minuto.
- Abrir vias aéreas de paciente inconsciente com manobra manual.
- Assistir ventilação de pacientes inconscientes com bolsa e máscara, utilizando oxigênio suplementar.
- Intubar pacientes com nível de consciência deprimido e assistir a ventilação.
- Obter acesso venoso periférico em extremidade superior com cateter calibroso.
- Administrar os seguintes medicamentos:
- Sulfato de morfina 2 a 5 mg por via intravenosa, repetindo se necessário até a dose máxima de 10 mg.
- Furosemida 40 mg por via intravenosa. Repetir caso necessário após vinte minutos.
- Dinitrato de isosorbitol 5 mg SL podendo ser repetido se necessário até o máximo de três vezes a cada cinco minutos.
- Iniciar infusão de nitroglicerina IV 10 a 20 µg/min.

- Iniciar a ventilação mecânica invasiva em pacientes que não respondem ao tratamento convencional evoluindo com saturação inferior a 90% e/ou apresentam depressão do sensório.
- Considerar nos pacientes colaborativos a ventilação não invasiva com CPAP.
- Fazer radiografia de tórax no leito.
- Fazer ECG de 12 derivações e dosagem de troponina sérica caso indicado.
- Monitorar eletrocardiograma, oximetria de pulso e PNI.
- Solicitar vaga para tratamento em Unidade de Terapia Intensiva, através do NIR e transferir o paciente para unidade indicada.



PTC CLIN 018 – INSUFICIÊNCIA CARDÍACA DESCOMPENSADA

a.Considerações especiais de avaliação

É o resultado final de várias doenças: hipertensão arterial, insuficiência coronariana e outras. A característica principal é a incapacidade do coração de manter um débito cardíaco suficiente para atender as demandas do corpo. Os mecanismos compensatórios são: dilatação ventricular, retenção de água e sódio pelos rins, aumento dos níveis séricos de renina e angiotensina e hiperatividade simpática com taquicardia e aumento da resistência vascular sistêmica.

b.Quadro clínico

Tosse noturna ou dispnéia, ortopnéia, dispnéia aos esforços e edema de membros inferiores.
A presença de dispnéia em repouso ou com esforços mínimos indica um quadro grave.
Cardiomegalia é um achado frequente.
Estertores pulmonares, derrame pleural e terceira bulha. Radiografia de tórax mostra cardiomegalia e congestão pulmonar. ECG geralmente está alterado, mas não existem achados típicos.

c.Conduta

- Orientar o paciente a seguir dieta hipossódica.
- Prescrever diurético tiazídico VO caso não haja insuficiência renal.
- Considerar o uso de captopril VO.
- Colher sangue para hemograma, eletrólitos, função renal e TAP.
- Hospitalizar pacientes com quadros graves, sintomas de início recente e doenças de base.
- Referir os demais para revisão ambulatorial em no máximo sete dias.

PTC CLIN 019 – PROTOCOLO DE DOENÇAS INFECCIOSAS INFECÇÕES VIRAIS COMUNS

a.Considerações gerais de avaliação

Ocorrem principalmente durante o inverno. Disseminação pela tosse.
Incubação de 2 dias em média.

b.Quadro clínico

Febre de 38º a 39,8º C, acompanhada por calafrios, cefaleia, mialgia e mal estar.
Sintomas respiratórios como: tosse seca, coriza, dor de garganta e linfadenopatia cervical bilateral.
Crianças podem apresentar sintomas gastrointestinais.
A febre dura até 48 horas assim como os sintomas sistêmicos.

c.Complicações

Pneumonia primária por Influenza ou bacteriana secundária. Descompensação de DPOC.
Síndrome de Reye. Meningite Viral.

d.Conduta

- Procurar por sinais de localização no exame neurológico.
- Avaliar a respiração.

1.FARINGITE

a.Considerações gerais de avaliação

É uma inflamação da faringe que pode ser causada por vírus ou bactérias. As viroses são as causas mais comuns. É importante tratar as faringites estreptocócicas devido a possibilidade complicações.

Causas: viroses (Adenovírus, Rinovírus, Epstein Barr Vírus e Citomegalovírus), bacterianas (Corynebacterium difteriae, Estreptococos do Grupo A, C e G, Neisseria gonorrhoeae, Chlamydia trachomatis) e infecções mistas causadas por bactérias aeróbias/anaeróbias (Angina de Paul Vincent). Crianças abaixo de dois anos de idade são acometidas em sua totalidade por vírus, mesmo que haja presença de exsudato.

b.Quadro clínico

Odinofagia e febre.
Linfadenopatia cervical dolorosa ou não. Eritema de faringe com ou sem exsudato.
Quadro clínico das faringites de acordo com o agente etiológico

AGENTE ETIOLÓGICO	QUADRO CLÍNICO
Adenovírus, Rinovírus	Febre < 38 graus Presença de tosse e coriza Pode haver exsudato
Estreptococos do Grupo A	Febre > 38,9 graus Linfonodos cervicais anteriores dolorosos Exsudato tonsilar Algumas vezes rash escarlatiniforme
Mononucleose – Epstein Barr Vírus	Febre Mal estar Faringite exsudativa Adenomegalia posterior Esplenomegalia
Difteria *Corynebacterium difteriae*	Considerar em casos de faringite exsudativa em pacientes sem imunização adequada Exsudato acinzentado firmemente aderido à mucosa da faringe ou a tonsila Toxemia e taquicardia, muito maiores que o esperado para o grau de febre presente (dissociação clínico temperatura)
Angina de Paul Vincent	Halitose Febre baixa Linfadenopatia cervical Faringite membranosa com membrana acinzentada
Neisseria *gonorrhoeae*	Tende a ter uma apresentação mais benigna que a estreptocócica História epidemiológica

c.Conduta em casos não complicados

- Iniciar tratamento empírico em crianças e adultos jovens com quadro clínico sugestivo de faringite por Estreptococos do Grupo A, C e G.
- Administrar sintomáticos (antipiréticos e analgésicos ou AINE), caso indicado.
- Pesquisar história de febre reumática ou doença valvular.
- Efetuar Gram e cultura se houver suspeita de faringite gonocócica e iniciar tratamento específico.
- Colher sangue para hemograma em pacientes com febre alta ou quando houver suspeita de mononucleose infecciosa.
- Internar os pacientes com suspeita clínica de difteria, Angina de Paul Vincent ou abscesso.
- Tratamento das faringites de acordo com o agente etiológico

AGENTE ETIOLÓGICO	TRATAMENTO
Adenovírus, Rinovírus	Sintomático. Gargarejo com água morna e sal.
Estreptococos do Grupo A, C e G	Penicilina V 500 mg 12 em 12 horas, durante 10 dias ou azitromicina 500 mg VO durante cinco dias. A penicilina é a droga de escolha, não havendo relato em literatura de resistência antimicrobiana.
Mononucleose	Sintomático. Gargarejo com água morna e sal. ***NUNCA FAZER AMPICILINA OU AMOXICILINA!***
Difteria	Internar, instalar precaução de contato e por gotícula e iniciar penicilina cristalina 100.000 UI/kg/dia (dividido em quatro tomadas) e iniciar/ administrar SAD (soro antidiftérico).
Angina de Vincent	Internar e iniciar penicilina cristalina 4 milhões UI de 4 em 4 horas ou clindamicina 600 mg IV de 8 em 8 horas.
Neisseria gonorrhoeae e Chlamydia trachomatis	Ceftriaxone 125 mg IM dose única associado a azitromicina 1g dose única.

2.SINUSITE

a.Considerações gerais de avaliação

Os seios paranasais (maxilar, frontal etmoidal e esfenóide), normalmente possuem ar em seu interior e tem comunicação com as narinas. As sinusites ocorrem devido à obstrução destas comunicações. Os seios se enchem de secreção purulenta.

Causas: Pneumococo, Haemophilus influenzae, Moraxella catarrhalis e Gram positivos. A sinusite maxilar é a mais comum. A sinusite crônica é definida com infecções que persistem por 3 meses ou mais.

b.Quadro clínico

Dor na face, superior que pode ser percebida como cefaléia, associada a febre. Não em menores de 10 anos, devido ao desenvolvimento incipiente do seio frontal.
Sinusite maxilar causa dor na região infra-orbital. Sinusite frontal causa dor supra-orbital e na fronte. Sinusite etmoidal causa dor retro-orbital. Descarga de secreção purulenta pela narina. Sintomas ocorrem 1 a 3 dias após a infecção viral de vias aéreas superiores. Recorrência em pacientes predispostos por alterações anatômicas ou estruturais. Percussão gentil na área sobre o seio afetado pode causar dor.

A radiografia dos seios da face pode mostrar opacificação do seio, nívei s hidroaéreos ou espessamento de mucosa, mas não é um teste sensível e nem sempre é necessário na UPA. Não realizar em menores de 6 anos,pela baixa sensibilidade e especificidade. O diagnóstico deve ser clínico.

c.Complicações

- Extensão da infecção com osteomielite frontal, celulite facial, celulite periorbitária.
- Extensão intracraniana com abscesso cerebral ou meningite.

d.Conduta

- Pesquisar sinais de complicações, febre alta, dificuldade com movimentos oculares, edema facial, dor insuportável, achados neurológicos.
- Estabilizar pacientes com sinais de complicação e solicitar sua internação hospitalar.
- Iniciar antibioticoterapia empírica utilizando, amoxicilina, amoxicilina+clavulanato, durante 10 dias ou azitromicina durante 5 dias.
- Associar sintomáticos e descongestionantes nasais por até 3 dias.
- Encaminhar pacientes com sinusite crônica ou de repetição para especialista.

3.BRONQUITE AGUDA

a.Considerações gerais de avaliação

Inflamação dos brônquios.

Geralmente é causada por infecções virais como rinovírus, influenza ou parainfluenza e vírus sincicial respiratório. Causas menos frequentes são: Mycoplasma pneumoniae e Bordetella pertussis (agente etiológico da coqueluche). Na presença de sibilos suspeitar de asma (cerca de 33% dos pacientes com sintomas de bronquite tem asma).

b.Quadro clínico

Início agudo de tosse, produção de escarro e sintomas de infecção de trato respiratório superior, menos de 10% dos pacientes apresenta febre. A tosse geralmente é produtiva, podendo durar várias semanas. O aspecto do escarro não é importante no diagnóstico diferencial com pneumonia. Sugere pneumonia: febre > 38º C, FC > 100/min e FR > 24/min.

c.Conduta

- Efetuar tratamento sintomático.
- Em adultos considerar uso de agentes supressores da tosse.
- Indicar radiografia de tórax se o paciente apresentar sinais de pneumonia.
- Afastar pneumonia clinicamente ou através de radiografia.
- Iniciar antibióticos apenas se houver pneumonia ou suspeita de coqueluche.
- Monitorizar paciente com oxímetro se ele apresentar dispnéia ou taquipnéia.
- Administrar broncodilatadores em pacientes com evidência de broncoespasmo.

PTC CLIN 020 – DOENÇA INFLAMATÓRIA PÉLVICA

a.Considerações gerais de avaliação

Infecção do trato genital superior feminino, que é precedida geralmente por cervicite. É polimicrobiana e associa-se com os organismos transmitidos sexualmente Neisseria gonorheae e Chlamydia trachomatis e outros organismos endógenos como anaeróbios, estreptococos e gram negativos. É mais frequente na mulher jovem, nulípara e com múltiplos parceiros sexuais. Pode complicar-se com peritonite, abscesso tubo-ovariano e infertilidade.

b.Quadro clínico

Início gradual de dor pélvica e abdominal baixa que aumenta em intensidade, distúrbios menstruais e corrimento vaginal purulento. Algumas pacientes apresentam febre alta, náuseas e vômitos. A paciente apresenta dor ao exame vaginal e particularmente com a movimentação do colo do útero. Pode haver massa palpável (abscesso tubo-ovariano). Diagnósticos diferenciais: apendicite e prenhez ectópica.

c.Conduta

- Encaminhar pacientes para diagnóstico em hospital de referência.
- Indicar a internação das pacientes com: náuseas e vômitos intensos, gravemente doentes, abscesso tubo-ovariano, HIV positivas, adolescentes, incerteza diagnóstica e nas gestantes.
- Administrar em pacientes com indicação de internação antibióticos parenterais durante pelo menos 48h.
- Considerar cirurgia se a condição da paciente continuar deteriorando apesar do tratamento hospitalar.

Esquema antibiótico para tratamento de doença inflamatória pélvica

ESQUEMA	ANTIBIÓTICO	DOSE
Tratamento Ambulatorial (1ª opção)	Ceftriaxone + Doxicilina + Metronidazol	250 mg IM dose única 100 mg VO de 12 em 12 horas por 14 dias 500 mg VO de 12 em 12 horas por 14 dias
Tratamento Ambulatorial (2ª opção)	Levofloxacina + Metronidazol	500 mg VO de 24 em 24 horas por 14 dias 500 mg VO de 12 em 12 horas por 14 dias
Tratamento Hospitalar	Clindamicina + Gentamicina	900 mg IV de 8 em 8 horas Dose de ataque de 2 mg/kg, seguido de 1,5 mg/kg de 8 em 8 horas

PTC CLIN 021 – OSTEOMIELITE

a.Considerações gerais de avaliação

Infecção piogênica do osso.O osso pode ser infectado por via hematogênica ou foco de infecção contíguo.A forma hematogênica é mais comum em crianças, nos adultos atinge principalmente os corpos vertebrais. Em 90% dos casos é causada pelo Staphylococcus aureus. A disseminação da infecção de um foco contíguo é a forma mais comum em adultos. Os diabéticos e pacientes com insuficiência vascular periférica são propensos a osteomielite. Os ossos longos são os mais afetados especialmente das extremidades inferiores.

b.Quadro clínico

A infecção hematogênica em crianças manifesta-se por início súbito de febre alta, toxicidade, sinais de supuração ao redor do osso afetado (dor e inchação). Nos adultos a infecção hematogênica tem um curso mais indolente. A osteomielite vertebral caracteriza-se por febre baixa intermitente, dor lombar que pode ser de intensidade variável.

A infecção por contiguidade ocorre no pós-operatório ou extensão de infecções de partes moles (dedos, dentes, seios da face). A maioria dos pacientes tem mais de 50 anos de idade. Pacientes com hemoglobinopatias como talassemia, tem um risco maior de desenvolverem infecções ósseas por Salmonella sp e outros bacilos gram negativos.

Geralmente os leucócitos estão elevados, mas podem estar normais nas infecções crônicas. O VHS está elevado. As alterações radiológicas mais precoces são o edema do tecido adjacente e a reação perióstea. Lesões líticas ocorrem posteriormente. Os achados radiológicos podem demorar até 14 dias para surgir. Se a radiografia não mostrar alterações o paciente deve ser removido para o hospital e investigado com TC ou cintilografia com tecnécio. A ressonância é importante no diagnóstico da doença vertebral.

c.Conduta

- Iniciar tratamento de suporte com reposição volêmica e sintomáticos (analgésicos e antitérmicos).
- Administrar antibióticos IV em pacientes com sinais de toxicidade sistêmica, conforme tabela abaixo:

< 4 meses - Vancomicina + ceftazidima > 4 meses - adultos - Oxacilina

Indicar a internação hospitalar. Para pacientes com hemoglobinopatias, iniciar ciprofloxacina 400 mg IV de 12 em 12 horas.

PTC AMB 001 - OTORRINOLARINGOLOGIA

I. INTRODUÇÃO

0s serviços especializados ambulatoriais, sobretudo as consultas especializadas, compreendem a maior porta de entrada dos usuários do Sistema Unico de Saude (SUS). Entretanto, o acesso a este espago ambulatorial é marcado por diferentes gargalos, decorrentes de elementos como: o modelo de gestão adotado entre Estado e Municípios, o dimensionamento e organização das ofertas de servigos especializados e também pelo grau de resolutividade da Atenção Basica (AB).

Especialidade	Motivo De Encaminhamento	Protocolo De Acesso Ambulatorial				
		Condições Clínicas Que Necessitam DeEncaminhamento	Exames Complementares Sugeridos	Exame Físico	Prioridade De Regulação	Contrarreferência
Otorrinolaringologia	Labirintopatia/ Vertigem	-Doença de Menière (hipoacusia, associada a zumbido e tontura), -Vertigem Posicional, -Paroxística Benigna, -Labirintite ou neuronite, -Vertigem periférica com dúvida diagnóstica após investigação de causas secundárias (como medicamentos, diabetes, hipertireoidismo ou hipotireoidismo descompensados), -Vertigem com suspeita de origem central e sinais de gravidade.	-Audiometria e impedanciometria.	-Citar achados significativos.	-Casos tratados clinicamente e não resolvidos. Atendimento emergencial: vertigem com suspeita de origem central.	-Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contrarreferência.
	Zumbido	-Ruído em ouvido (unilateral ou bilateral).	-Audiometria, -Imitanciometria.	- Citar achados significativos.	- Casos tratados clinicamente e não resolvidos.	
	Obstrução nasal	-Tumores nasais, -Desvio septal, -Hipertrofia de tonsilas faríngeas, -Pólipos nasais, -Sem etiologia definida, -Refratárias após 03 meses de tratamento clínico, -Presença de corpo estranho em via aérea.	-Tomografia de seios paranasais, - Endoscopia nasal.	-Citar achados significativos.	-Casos tratados clinicamente e não resolvidos. -Atendimento emergencial: presença de corpo estranho em via aérea.	-Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento e de posse do relatório de contrarreferência.
	Rinossinusite	-Aguda recorrente, -Rinossinusite crônica associada a alterações anatômicas / estruturais, -Refratária a tratamento clínico otimizado por 3 meses, -Rinossinusite bacteriana recorrente (>4 episódios por ano, -Rinossinusite aguda ou crônica com sinais clínicos sugestivos de complicações (toxemia, presença de edema periorbitário ou malar, proptose orbital, dificuldade visuais ou sinais neurológicos. Neste caso o atendimento é prioritário.	-Tomografia de seios paranasais, -Endoscopia nasal.	- Citar achados significativos.	-Casos tratados clinicamente e não resolvidos -Atendimento emergencial: rinosssinusite com sinais sugestivos de complicações.	
	Ronco e apneia obstrutiva do sono	-Síndrome da Apneia Obstrutiva do Sono (presença de dois entre os três sintomas: sonolência diurna excessiva, roncos, pausas respiratórias presenciada por outra pessoa) associada a fator obstrutivo anatômico.	-Tomografia de seios paranasais. -Endoscopia nasal. -Polissonografia (considerar).	-Citar achados significativos.	-Casos tratados clinicamente e não resolvidos.	
	Otite	-Membrana timpânica perfurada persistente após 6 semanas do tratamento da otite média aguda, -Otite média crônica que apresente: efusão / otorréia persistente por mais de 3 meses, suspeita de colesteatoma, alteração estrutural na membrana timpânica ou da orelha média,	-Tomografia computadorizada de Mastóide.	-Citar achados significativos.	-Casos tratados clinicamente e não resolvidos. -Atendimento emergencial: suspeita de otite externa maligna e otite média com complicações graves.	

		-Otite externa maligna (otite externa severa com otalgia que não responde ao tratamento da dor, dor em mastoide, tecido de granulação, necrose no conduto ou paralisia facial), -Otite média com complicações graves (mastoidite, paralisia facial, meningite, entre outros).				
	Perda auditiva	-Condutivas ou mista com otoscopia normal, -Hipoacusia na impossibilidade da UBS solicitar exames, -Perda auditiva súbita.	-Tomografia de mastoide; -Audiometria; -Imitanciometria.	-Citar achados significativos.	-Casos tratados clinicamente e não resolvidos; -Atendimento emergencial: Perda auditiva súbita.	-Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contrarreferência.
	Disfonia	-Disfonia em pessoa com alto risco deneoplasia, -Disfonia persistente (>6 semanas), -Disfonia associada a procedimentos cirúrgicosde pescoço/tórax, -Suspeita de mal formação laríngea, -Suspeita de alterações adquiridas da laringe.	-Laringoscopia; -Tomografia de laringe.	- Citar achados significativos.	- Casos tratados por 15 dias e não solucionados.	
	Disfagia	-Disfagia orofaríngea com sinais e sintomas sistêmicos ou com duração maior de 1 mês, -Suspeita de aspirações laríngea (provocando pneumonias de repetição).	-Laringoscopia, -Avaliação endoscópica da deglutição, -Tomografia de laringe.	-Citar achados significativos.	-Casos tratados clinicamente e não resolvidos.	
	Tonsilites	-Com indicação cirúrgica: sete episódios agudos em 1 ano ou 5 episódios/ano em 2 anos consecutivos ou 3 episódios/ano, em 3 anos consecutivos, -Com complicações associadas, -Abscesso peritonsilar / periamigdaliano.	-Laringoscopia Direta, -Oroscopia Direta.	-Citar achados significativos.	-Casos tratados clinicamente e não resolvidos. -Atendimento emergencial: Abscesso peritonsilar / periamigdaliano.	
	Alterações auditivas e defala / linguagem	-Alterações na sincronia da fala e/ou linguagem associada a distúrbios auditivos/ Comportamentais.		- Citar achados significativos.	-Casos tratados clinicamente e não resolvidos.	
	Anquiloglossia	-Frênulo lingual ou gengival provocando alterações na fala ou na alimentação.		-Citar achados significativos	-Casos tratados clinicamente e não resolvidos	

	Epistaxe	-Sangramento nasal agudo ou crônico.	-Tomografia computadorizada de seios paranasais, -Ressonância de seios da face, -Nasofibroscopia.	-Citar achados significativos.	-Casos tratados clinicamente e não resolvidos.	**Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento e de posse do relatório de contrarreferência.**
	Corpo estranho de ouvido, faringe ou laringe	-Presença de corpo estranho em ouvido, faringe ou laringe provocando sintomas obstrutivos.	-Tomografia computadorizada de face, -Ressonância Magnética Nuclear de face, -Laringoscopia.	-Citar achados significativos.	-Casos tratados clinicamente e não resolvidos.	
	Abscesso septal	-Abaulamento doloroso em septo nasal.	-Tomografia de seios paranasais, -Nasofibroscopia.	-Citar achados significativos.	-Casos tratados clinicamente e não resolvidos.	
	Pericondrite de pavilhão auricular	-Sinais flogísticos no pavilhão auditivo secundário a trauma ou infecção.	-Exame Físico, -Otoscopia Direta.	-Citar achados significativos.	-Casos tratados clinicamente e não resolvidos.	

PTC AMB 002 – CIRURGIA GERAL

I. INTRODUÇÃO

Os motivos de encaminhamento selecionados são os mais prevalentes para a especialidade Cirurgia Geral Adulto. Ressaltamos que outras situações clínicas ou mesmo achados na história e no exame físico dos pacientes podem justificar a necessidade de encaminhamento e podem não estar contempladas nos protocolos. Solicitamos que todas as informações consideradas relevantes sejam relatadas. As informações do conteúdo descritivo mínimo devem ser suficientes para caracterizar a indicação do encaminhamento e sua prioridade, além de contemplar a utilização dos recursos locais para avaliação e tratamento do caso. O resultado de exames complementares é uma informação importante para auxiliar o trabalho da regulação e deve ser descrito quando realizado pelo paciente.

II. EXAMES COMPLEMENTARES:

Os exames relevantes constam no conteúdo descritivo mínimo de cada protocolo. Contudo, eles não são obrigatórios para os locais sem estes recursos, e sua falta não impede a solicitação de consulta especializada. Pacientes com hérnia femoral, hérnia de parede abdominal ou inguinal com complicação prévia, colelitíase com complicação prévia ou linfonodomegalia com indicação de biópsia devem ter preferência no encaminhamento para Cirurgia Geral Adulto quando comparados com outras condições clínicas previstas nesses protocolos. Algumas condições de saúde mais comuns que necessitam encaminhamento para serviços de urgência/emergência são contempladas nesses protocolos. Entretanto, ressaltamos que existem muitas outras condições que não foram contempladas. É responsabilidade do médico assistente tomar a decisão e orientar o encaminhamento para o serviço apropriado, conforme sua avaliação.

III. ABRANGÊNCIA:

Setores assistenciais.

– Colelitíase e Coledocolitíase:

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para urgência/emergência: suspeita de colecistite aguda, pancreatite aguda, coledocolitíase sintomática ou colangite. Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Cirurgia Geral: colelitíase sintomática; colelitíase com complicação prévia (colecistite aguda ou pancreatite biliar) em paciente não submetido a colecistectomia; colelitíase assintomática associada a

fatores de risco para neoplasia do trato biliar1 . Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento pra Cirurgia do Aparelho Digestivo ou Gastroenterologia (em – Patologias escrotais benignas: coledocolitíase, sem critérios para encaminhamento para emergência (ou após avaliação emergencial com quadro estável). Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. quadro clínico (sinais e sintomas associados, achados no exame físico, história de complicações - colecistite, colangite ou pancreatite aguda, comorbidades);
2. história de colecistectomia (sim ou não) ou outros procedimentos biliares (p. ex: CPRE). Se realização prévia, descrever data e serviço em que procedimento foi realizado;
3. anexar laudo de exame de imagem, preferencialmente, ou descrever na íntegra os seus resultados, com data;
4. número da teleconsultoria, se caso discutido com Telessaúde.

– Pólipo de Vesícula Biliar:

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Cirurgia Geral: pólipo de vesícula biliar associada a alguma das seguintes características: maior ou igual a 10 mm; ou menores que 10 mm sintomáticos, após exclusão de outras etiologias para os sintomas; ou crescimento durante o acompanhamento ultrassonográfico; ou pólipos de 6 a 9 mm associados a colelitíase ou fatores de risco para neoplasia de vesícula biliar . Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Cirurgia do Aparelho Digestivo: pólipo de vesícula biliar associado a diagnóstico de colangite esclerosante primária. Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. quadro clínico (sinais e sintomas associados, achados no exame físico, história de complicações - colecistite, colangite ou pancreatite aguda, comorbidades);
2. descrever se há fatores de risco para neoplasia de vesícula biliar ;
3. anexar laudo de exame de imagem, preferencialmente, ou descrever na íntegra os seus resultados, com data (se crescimento de pólipos ao longo de duas ou mais ultrassonografias, anexar/descrever os resultados dos exames com data);

- Hérnias de Parede Abdominal e Diástase de Retos Abdominais (DRA):

Em pacientes com hérnia umbilical ou incisional minimamente sintomática ou assintomática pode-se considerar observação clínica, especialmente em idosos com comorbidades clínicas que aumentam risco cirúrgico ou que não desejam submeter-se à cirurgia. O reparo eletivo de hérnias em gestantes é contraindicado. Manter acompanhamento clínico, orientar sobre sinais de gravidade e aguardar resolução da gestação para encaminhamento eletivo à Cirurgia Geral. Pacientes com comorbidades como obesidade (IMC ≥ 30 kg/m2), diabetes ou hipertensão

descompensados tabagismo ativo apresentam contraindicação relativa ao procedimento cirúrgico. Assim que identificadas essas condições, o seu manejo na APS deve ocorrer concomitantemente ao encaminhamento ao serviço de Cirurgia Geral. Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para urgência/emergência: suspeita de hérnia encarcerada (dolorosa e não redutível) ou estrangulamento herniário . Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Cirurgia Geral: hérnia inguinal; hérnia umbilical sintomática; hérnia incisional ; hérnia epigástrica; hérnia abdominal de outra localização (como hérnia femoral e hérnia de Spiegel); diástase de retos abdominais sintomática (desconforto local, grande abaulamento, dor), associada a hérnia umbilical ou epigástrica. Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Cirurgia Plástica: diástase de retos abdominais isolada, com distância interretal > 3 cm, sintomática (desconforto local, grande abaulamento, dor), refratária a tratamento conservador. Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. quadro clínico (sinais e sintomas associados, achados no exame físico, história de complicações, ocorrências de recidiva, comorbidades);
2. se DRA, descrever tratamento conservador realizado e por quanto tempo;
3. anexar laudo de exame de imagem, preferencialmente, ou descrever na íntegra os seus resultados, com data (se realizado);
4. cirurgias prévias (tipo, data e serviço que realizou a cirurgia), se realizado;

- Lesões de Pele e Tecido Subcutâneo:

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Cirurgia Geral: lesões benignas (lipoma, cisto sebáceo) grandes (> 5 cm), não localizadas em áreas difíceis ou especiais (face, orelhas ou articulações), com desejo de remoção cirúrgica; onicocriptose (unha encravada) com indicação cirúrgica, quando não abordada na APS ou em agenda de cirurgia ambulatorial. Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Dermatologia: lesões benignas (lipoma, cisto sebáceo, nevos melanocíticos) pequenas (até 2 cm em tronco e membros ou até 1 cm em face e pescoço), com desejo de remoção cirúrgica, quando não abordadas na APS ou em agenda de cirurgia ambulatorial; lesões suspeitas ou malignas pequenas (até 2 cm em tronco e membros ou até 1 cm em face e pescoço), com indicação de remoção cirúrgica; lesões com necessidade de biópsia incisional diagnóstica antes da definição terapêutica (diagnóstico diferencial de lesão tumoral, inflamatória ou infecciosa; ex: lúpus, micose profunda, micobacteriose); tumores de unhas. Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para serviço de Cirurgia Ambulatorial: lesões benignas (lipoma, cisto sebáceo, nevos melanocíticos) pequenas (até 5 cm), com desejo de remoção cirúrgica, quando não abordadas na APS; tumores de unhas. Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Cirurgia Plástica:

lesões benignas (lipoma, cisto sebáceo), localizadas em áreas difíceis ou especiais (face, orelhas, articulações), com desejo de remoção cirúrgica, quando não abordadas em agenda de Dermatologia ou Cirurgia Ambulatorial; lesões suspeitas de malignidade, localizadas em áreas difíceis ou especiais (face, orelhas, articulações), na indisponibilidade de confirmação por anatomopatológico, quando não abordadas em agenda de Dermatologia ou Cirurgia Ambulatorial; lesões complexas, extensas ou profundas, com alta probabilidade de necessitar de retalho ou enxerto (se malignas, após avaliação na referência regional de Oncologia Tumores de Pele). Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Oncologia Cirurgia Pele: tumores com suspeita ou diagnóstico de malignidade, que não contemplem as outras especialidades (dermatologia, plástica ocular, estomatologia) localizados em: tronco e membros: maiores do que 2 cm; face e pescoço: maiores do que 1 cm;
melanoma confirmado em anatomopatológico, se necessária investigação de linfonodo sentinela e ampliação de margens; metástase cutânea; suspeita ou diagnóstico de tumores de pele agressivos (ex: dermatofibrossarcoma protuberans); tumores irressecáveis com indicação de cirurgia higiênica (infecções recorrentes com odor fétido, sangramento, dor, piora funcional importante, necrose extensa). Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Estomatologia: lesão labial ou em cavidade bucal, pequena ou superficial, passível de biópsia incisional ou remoção cirúrgica a nível ambulatorial1 . Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Oftalmologia: lesões palpebrais benignas, malignas ou suspeitas. Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:
1. quadro clínico (sinais e sintomas associados, tempo de evolução, manifestações de gravidade, prejuízo funcional);
2. anexar laudo de exame anatomopatológico, preferencialmente, ou descrever o seu resultado na íntegra (se biópsia incisional ou excisional, resultado e informação sobre margens cirúrgicas) e/ou exames de imagem, se realizados, com data;
3. tratamento atual ou realizado para a condição (descrever medicamentos, posologia e tempo de uso);

- Ostomias (Gastrostomias e Colostomias):

Há referências regionais pactuadas para as situações descritas nesse protocolo. Entrar em contato com sua secretaria municipal de saúde para identificar o local de referência para o município. Intercorrências que necessitam avaliação com especialidade cirúrgica, como disfunções da sonda ou necessidade de troca da sonda, devem ser manejadas no serviço que realizou a cirurgia inicial. Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Gastroenterologia (preferencialmente, para realização por via endoscópica) ou Cirurgia Geral: indicação de gastrostomia1 . Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Proctologia ou Cirurgia do Aparelho Digestivo: necessidade de reversão de colostomia2 .

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter: 1. quadro clínico (motivo da realização do procedimento, comorbidades, achados do exame físico considerados importantes para avaliação clínica – estado nutricional, hidratação e medicações); 2. tratamentos prévios realizados (especialmente se procedimentos cirúrgicos: tipo, data e serviço em que foi realizado);

- Linfonodomegalia Periférica:

Há diversas causas para linfonodomegalias e, portanto, as características clínicas, exame físico e exames complementares são fundamentais para orientar o encaminhamento para o serviço especializado mais apropriado. A investigação de linfonodomegalias na APS pode ser consultada no quadro 4 e na figura 1. Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para biópsia de linfonodo (especialidades diversas, conforme principal suspeita clínica e disponibilidade de referência regional) ou Cirurgia Geral: linfonodomegalia com características de malignidade (indolor, aderido a tecidos profundos, endurecido, massa de linfonodos fusionados; linfonodomegalia persistente (≥ 2 cm) após 4 semanas sem causa definida após investigação na APS; linfonodomegalia supraclavicular. Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Oncologia Hematologia (preferencialmente) ou Hematologia: linfonodomegalia com alterações hematológicas concomitantes, sem indicação de internação/emergência; linfonodomegalia associada a sintomas B (febre, sudorese noturna, emagrecimento); linfonodomegalia com esplenomegalia, sem provável causa infecciosa. Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Cirurgia Torácica: linfonodomegalia mediastinal. Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter: 1. sinais e sintomas (exame físico abdominal, sintomas constitucionais e outras alterações relevantes); 2. presença de sintomas B (febre, sudorese noturna, emagrecimento);

3. características do(s) linfonodo(s) (tamanho, localização, consistência, fixação a planos profundos e tempo de evolução do quadro);

4. anexar resultado de hemograma e plaquetas (descrever microscopia, quando presente), preferencialmente, ou descrever na íntegra os seus resultados, com data;

5. anexar resultado dos exames complementares, preferencialmente, ou descrever na íntegra os seus resultados, quando investigação de linfonodomegalia periférica, com data: raio-X de tórax, sorologias antiHIV, HBsAg, anti-HCV, VDRL (ou testes rápidos), monoteste ou EBV IgM e IgG, prova tuberculínica. Se linfonodomegalia cervical, também toxoplasmose IgG e IgM e citomegalovírus IgG e IgM;

6. anexar laudo de exame de imagem, preferencialmente, ou descrever na íntegra os seus resultados, com data (se realizado).

Cirurgia Geral

Especialidade	Motivo De Encaminhamento	Protocolo De Acesso Ambulatorial				
		Condições Clínicas Que Necessitam De Encaminhamento	Exames Complementares Sugeridos	Exame Físico	Prioridade De Regulação	Contrarreferência
Cirurgia Geral	Hérnia de parede abdominal	Abaulamentos/protuberâncias em parede abdominal, todos os casos têm indicação cirúrgica.	Hemograma completo, TAP, PTT, glicose, ureia, creatinina, proteínas totais e frações (albumina), sumário de urina, USG abdome, risco cirúrgico para todos os pacientes.	Presença de abaulamento que se acentua com esforço físico.	Pacientes com hérnias grandes, com encarceramento. Hérnia com sinais de estrangulamento deve ser regulado para serviço de urgência.	O usuário deverá ser encaminhado à UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contrarreferência.
	Alterações da vesícula biliar	Dor abdominal, dispepsia e vômito.	Hemograma completo, glicose, ureia, creatinina, fosfatase alcalina, GGT, bilirrubina totais e frações, amilase, lipase e USG de abdome total.	Geralmente assintomático, com condições para cirurgia, icterícia.	Pacientes sintomáticos, recorrentes, ictéricos, pólipo de vesícula, Paciente ictéricos e com alterações de enzimas canaliculares devem ser regulados após colangioressonância.	
	Pequenas Lesões Dérmicas	Lesão dermatológica suspeita de malignidade em tronco ou membros.	Hemograma completo, TTPA e TAP.	Lesões assimétricas, com bordas recortadas, com várias tonalidades de cor, maior que 0,5cm de diâmetro e de caráter progressivo.	Idosos ou suspeita de melanoma.	
	Cisto Epidérmico	Nódulos de pele com ou sem drenagem de secreção amarelada e de odor fétido.	Não se aplica.	Nódulo de pele, mais comumente localizado em tronco, face e pescoço, de consistência fibroelástica e de cor da própria pele.	Pacientes sintomáticos.	
	Hérnia Umbilical	Abaulamentos/protuberâncias em cicatriz umbilical, todos os casos têm indicação cirúrgica.	Hemograma completo, TAP, PTT, glicose, ureia, creatinina, hepatograma, proteínas totais e frações (albumina), USG de parede abdominal, risco cirúrgico para todos os pacientes.	Presença de abaulamento que se acentua com esforço físico ou manobra de Valsalva.	Pacientes com hérnias grandes, com encarceramento. Hérnia com sinais de estrangulamento deve ser regulado para serviço de urgência.	O usuário deverá ser encaminhado à UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contrarreferência.
	Hérnias Inguinais	Abaulamentos/protuberâncias em região inguinal direita, esquerda ou bilateral. Todos os casos têm indicação cirúrgica.	Hemograma completo, TAP, PTT, glicose, ureia, creatinina, hepatograma, proteínas totais e frações (albumina), USG de parede abdominal, risco cirúrgico para todos os pacientes.	Presença de abaulamento que se acentua com esforço físico ou manobra de Valsalva.	Pacientes com hérnias grandes, com encarceramento. Hérnia com sinais de estrangulamento deve ser regulado para serviço de urgência.	
	Granuloma de Corpo Estranho	Lesões de pele em topografia de cicatriz cirúrgica prévia.	Não se aplica.	Nodulação em topografia de cicatriz cirúrgica prévia, com rubor e, por vezes, com drenagem de secreção.	Pacientes sintomáticos.	
	Lipomas	Tumor benigno localizado entre a pele e a camada subjacente de músculo.	Não se aplica.	Tumor de crescimento lento, localizado abaixo da pele, de consistência firme, móvel, indolor a palpação, mais comumente encontrado em abdome, tronco e coxas.	Sintomáticos, grandes lesões com compressão extrínseca.	
Cirurgia Geral	Doença Venosa Crônica	- Varizes de membros inferiores com ou sem úlcera de estase; - Usuários com passado de Trombose Venosa Profunda e Síndrome Pós-Trombótica;	Ecodoppler Venoso de Membros Inferiores, Hemograma, Glicemia em jejum, ureia, creatinina, coagulograma.	- Telangiectasias, veias reticulares e varizes associado ou não a edema de membros inferiores, - Úlceras de Estase ativas ou cicatrizadas, - Dermatite de estase / dermatite ocre / lipodermatoesclerose. - Edema de membros inferiores.	- Usuários com úlcera ativa.	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contrarreferência.

	Doença Arterial Obstrutiva Periférica	- Usuários com história de claudicação intermitente associado a comorbidades como hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus, tabagismo e dislipidemia, - Usuários com ausência ou redução de pulsos periféricos.	Ecodoppler Arterial de Membros Inferiores, Hemograma, Glicemia em jejum, hemoglobina glicada, colesterol total e frações, triglicerídeos, ureia; creatinina, sódio, potássio.	- Rarefação de pelos, unhas enfraquecidas, atrofia muscular.	-Usuários com claudicação para curtas distâncias.	
	Pé Diabético	- Usuários com diagnóstico de Diabetes *Mellitus* apresentando mal perfurante plantar, hiperceratose plantar, parestesia de membros inferiores e deformidades ósseas (Pé de *Charcot*).	Hemograma; Glicemia em jejum, hemoglobina glicada, colesterol total e frações, triglicerídeos, ureia, creatinina,sódio,potássio.	-Úlcera plantar ou em proeminências ósseas com pulsos periféricos presentes. - Parestesia e deformidades ósseas em pé.	- Usuários com ferimento ativo.	
	Linfedema	- Usuários com história de edema de membros inferiores congênito ou adquirido, -Edema indolor em membros com pele em "casca de laranja", - Usuários com histórico de Linfangite ou Erisipela.	Hemograma, Glicemia em jejum, hemoglobina glicada, colesterol total e frações, triglicerídeos, ureia, creatinina, sódio, potássio.	-Edema indolor em membros com pele em "casca de laranja", - Usuários com histórico de Linfangite ou Erisipela.	- Dor, calor e eritema.	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contrarreferência.

Urologia

Especialidade	Motivo De Encaminhamento	Protocolo De Acesso Ambulatorial				
		Condições Clínicas Que Necessitam De Encaminhamento	Exames Complementares Sugeridos	Exame Físico	Prioridade De Regulação	Contrarreferência
	Hematúria	Hematúria macroscópia ou microscópia, principalmente as assintomáticas e de repetição, sem disúria (ardência para urinar).	USG de vias urinárias, EAS, citologia urinária, urocultura com antibiograma, hemograma, coagulograma, TC de abdome e pelve com contraste intra-venoso, Rx do tórax em AP/perfil.	Presença de sangue na urina (macroscópico) ou achados em exames de rotina (EAS com hematúria microscópica).	Casos tratados (RTU prévias) e descompensados. Tabagistas (passivos ou ativos).	Depende do diagnóstico.
	Hidrocele	Todos os casos.	USG, hemograma, coagulograma.	Citar achados significativos.	Casos com queixa álgica.	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contrarreferência.
	Varicocele	Pacientes com infertilidade ou atrofia testicular ou hipogonadismo.	USG doppler de testículos.	Citar achados significativos.	Atrofia testicular e hipogonadismo.	
	Fimose	Todos os casos.	Hemograma, coagulograma.	Citar achados significativos.	Sintomáticos, balano-postites de repetição ou portadores de HPV.	
	Vasectomia	Encaminhamento do serviço do planejamento familiar da unidade e do termo de consentimento informado da companheira.	Hemograma, Glicemia de jejum, função renal, TAP e TTPA.	Não há.	Não há.	
	Estenose uretral traumática e/ou pós-operatória	Trauma uretral e balanite xerótica obliterante.	USG de Vias urinárias com resíduo pós-miccional, EAS, ureia, creatinina, uretrografia miccional, hemograma, coagulograma.	Impossibilidade de sondagem vesical.	Anúria com impossibilidade de sondagem vesical.	
	Litíase vesical	Cálculo de bexiga maior que 0,5 cm.	EAS, urocultura com antibiograma, ureia, creatinina, hemograma, RX simples de abdome, USG de rins e vias urinárias ou TC de abdome e pelve sem contraste.	Associa-se com infecções urinárias de repetição, disúria, dificuldade miccional, hematúria, piúria e cristais em excesso no EAS.	Portadores de HPB com IPSS moderado a alto.	
	Litíase ureteral	Cálculo ureteral maior que 0,5 cm. Os cálculos renais menores que 0,5 cm devem ser encaminhados se apresentarem hidronefrose associada a: malformações renais e/ou estenose de junção pieloureteral.	EAS, urocultura com antibiograma, ureia, creatinina, hemograma, RX simples de abdome, USG de rins e vias urinárias e/ou TC de abdome e pelve sem contraste.	Cólica nefrética (com irradiação para flanco e fossa ilíaca e área genital), às vezes com náuseas e vômitos. Hematúria, piúria e cristais em excesso no EAS. Avaliação prévia para diagnóstico diferencial de apendicite, diverticulite, colecistite e pancreatite.	Hidronefrose associada ao exame de imagem; cálculo sem mudança de posição ureteral por 15 dias, de acordo com exame de imagem; cálculo maior ou igual a 0,5 cm, no seu maior eixo, de acordo com exame de imagem.	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contrarreferência. Pode ser necessário internação em caráter de urgência no Hospital.
	Litíase renal	Cálculo renal maior que 1cm. Os cálculos renais menores que 1 cm devem ser encaminhados se apresentarem hidronefrose associada e/ou malformações renais e/ou estenose de junção pieloureteral.	EAS, urocultura com antibiograma, ureia, creatinina, hemograma, RX simples de abdome, USG de rins e vias urinárias e/ou TC de abdome e pelve sem contraste.	Quando do tipo coraliforme na pelve renal, associa-se com infecções urinárias de repetição, cólica nefrética (com irradiação para flanco e fossa ilíaca e área genital), às vezes com náuseas e vômitos. Hematúria, piúria e cristais em excesso no EAS. Teste de Giordano positivo.	Portadores de IRC ou Rim único de qualquer etiologia. Diabéticos descompensados e/ou insulinodependentes e ou com glicosúria.	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contrarreferência.

	Incontinência urinária em mulheres	Perda urinária involuntária de urina aos esforços físicos e/ou aumento da pressão intra-abdominal e/ou perda involuntária de urina precedida de intenso desejo de micção, sem evidência de infecção ao EAS e urocultura com antibiograma; As obesas devem ser encaminhadas ao serviço de nutrição com orientação de ajuste do peso. O mesmo deve ser feito com as constipadas para regulação do trânsito intestinal.	USG de vias urinárias com avaliação do resíduo pós-miccional, EAS, urocultura com antibiograma.	Achados significativos. Exame frequentemente normal.	Não há.	
	Incontinência urinária após cirurgia prostática e/ou radioterapia pélvica	Qualquer tipo de perda involuntária de urina observada após cirurgia prostática e/ou radioterapia pélvica.	USG de vias urinárias com análise do resíduo pós-miccional, EAS, urocultura com antibiograma.	Diário miccional.	Não há.	
	Queixas miccionais masculinas	Dificuldade para urinar, hesitação pré-miccional, diminuição do jato urinário, insatisfação pós-miccional, noctúria, urgência para urinar, incontinência urinária por urgência, intermitência miccional e polaciúria associadas ou não à disúria, sem evidência de infecção ao EAS e urocultura.	USG de Vias urinárias com resíduo pós-miccional, dosagem do PSA total e livre, EAS, urocultura com antibiograma, ureia, creatinina.	Achados significativos e toque retal. Calcular e registrar o IPSS.	ITU de repetição, insuficiência renal (IRC) pós-renal, ureterohidronefrose, hematúria, retenção urinária, IRA ou crônica agudizada (escórias nitrogenadas em elevação e que tenham recebido tratamento farmacológico sem resposta clínica favorável).	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhada à UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contrarreferência.
	Queixas miccionais femininas	Dificuldade para urinar, hesitação pré-miccional, diminuição do jato urinário, insatisfação pós-miccional, nictúria, urgência para urinar, incontinência urinária por urgência, intermitência miccional e polaciúria associadas ou não à disúria, sem evidência de infecção ao EAS e na urocultura.	USG de vias urinárias com resíduo pós-miccional, dosagem do EAS, urocultura com antibiograma.	Achados significativos. Calcular e registrar o IPSS Obs.: exame frequentemente é normal.	Não há	

	Queixas urinárias em pacientes com neuropatia	Dificuldade para urinar, hesitação pré-miccional, diminuição do jato urinário, insatisfação pós-miccional, noctúria, urgência para urinar, incontinência urinária por urgência, intermitência miccional e polaciúria (associadas ou não) decorrentes de doença de Parkinson, AVE, mielopatias em geral (TRM, lesão por HTLV, neurosífilis etc.), neuropatia diabética, paraplegia, tetraplegia, esclerose múltipla e demais neuropatias periféricas, pós-operatório neurocirúrgico, pós-operatório de cirurgias pélvicas e pós-radioterapia pélvica.	USG das vias urinárias com resíduo pós miccional, EAS, urocultura e antibiograma.	Alterações neurológicas associadas; Uso de cateterismos prévios.	Não há.	
	Prolapso genital	Prolapso genital grau III ou IV. Queixas de "bola" intra-vaginal ou necessidade de introdução digital de órgão para diurese ou defecação.	Hemograma, ureia, creatinina, glicemia de jejum, EAS, urocultura com antibiograma com urocultura, USG de Vias Urinárias com resíduos pós-miccional e RNM dinâmica de pelve.	Órgão genital ultrapassa óstio vaginal em repouso.	Pacientes com complicações decorrentes do prolapso.	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contrarreferência.
	Disfunção erétil	Todos os casos com comorbidades tratadas previamente.	Dosagem sérica de testosterona total, albumina, SHBG, FSH, LH, prolactina, TSH, T4 livre, E2-Estradiol, hepatograma, hemograma e lipidograma, glicemia de jejum e PSA (total e livre).	Dificuldade de ereção.	Pacientes portadores de problemas de ereção que já tenham sido tratados com drogas orais inibidoras de fosfodiesterase tipo 5, sem sucesso ou que sejam portadores de fatores de risco, tais como: HAS, DM, dislipidemia, cardiopatias, endocrinopatias e neuropatias; Disfunção erétil desenvolvida após cirurgia para tratamento do câncer de próstata, cistectomia radical e outras cirurgias pélvicas; Disfunção erétil em pacientes submetidos à radioterapia da região pélvica	

	Distúrbios do orgasmo	Distúrbios do orgasmo masculino, tais como ejaculação precoce, anorgasmia e dificuldade de orgasmo.	Dosagem sérica de testosterona total, albumina, SHBG, FSH, LH, prolactina, TSH, T4 livre, E2-Estradiol, hepatograma, hemograma e lipidograma e glicemia de jejum e PSA (total e livre).	Dificuldade de ereção.	Todos os casos.	
	Doença de *Peyronie*	Curvaturas penianas anormais comprovadas por exame físico.	Solicitar ao paciente que faça fotos do pênis em ereção em diferentes ângulos para avaliação. USG doppler de corpos cavernosos após indução farmacológico	Achados significativos de curvatura peniana, com ou sem dor peniana à ereção, com presença de nodulação fibrosa do corpo cavernoso e dificuldade de penetração.	Todos os casos.	
	Distúrbio andrológico de envelhecimento masculino (Daem).	Portadores de testosterona total sérica inferior a 300 ng/dl, maiores de 50 anos de idade, sem evidências de câncer de próstata.	Dosagem sérica de testosterona total, albumina, SHBG, FSH, LH, prolactina, TSH, T4 livre, E2-Estradiol, hepatograma, hemograma e lipidograma e glicemia de jejum e PSA (total e livre).	Queixa de redução do libido associado a redução da potência sexual.	Descartar primeiramente outras causas básicas (diagnóstico de exclusão).	

	Infertilidade masculina	Paciente masculino que esteja tentando constituir prole (sem método contraceptivo), por pelo menos 1 ano, com frequência sexual regular e parceira em investigação ginecológica em paralelo.	Pacientes portadores de alterações referentes a número, velocidade e/ ou vitalidade persistentes em 2 espermogramas (análise OMS 2009) colhidos com intervalo mínimo de 15 dias, dosagem sérica de testosterona total, albumina sérica, SHBG, FSH, LH, prolactina, TSH, T4 livre e E2-estradiol. USG doppler de testículos.	Achados significativos. Exame geralmente normal, podendo apresentar varicocele e azoospermia.	Não encaminhar paciente cujo as esposas não estejam em investigação.	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contrarreferência.
	Hiperplasia Prostática Benigna (HPB)	Pacientes sintomáticos (calcular o IPSS) com exame físico alterado (toque retal ou bexigoma) ou ainda USG com sinais de bexiga de esforço ou resíduo pós-miccional moderado ou elevado	Toque retal em todos os casos, USG de Vias urinárias com Resíduo pós-miccional, PSA total e livre, EAS, ureia, creatinina, hemograma, urocultura com antibiograma, glicemia de jejum	Calcular o IPSS; Exame físico (toque retal) e alterações; USG com sinais de bexiga de esforço ou resíduo pós-miccionalmoderado ou elevado.	IPSS elevados e usuários de SVD.	

PTC AMB 004 - INFECTOLOGIA

OProtocolo de Infectologia foi publicado conforme resolução CIB/RS nº 373/16. Os motivos de encaminhamento selecionados são os mais prevalentes para a especialidade. As informações do conteúdo descritivo mínimo devem ser suficientes para caracterizar a indicação do encaminhamento e sua prioridade, e contemplar a utilização dos recursos locais para avaliação do caso.

Ressaltamos que outras situações clínicas, ou mesmo achados na história e no exame físico dos pacientes podem justificar a necessidade de encaminhamento, e podem não estar contempladas nos protocolos. Solicitamos que todas as informações consideradas relevantes sejam relatadas. Pacientes com suspeita de neurossífilis ou tuberculose extrapulmonar devem ter preferência no encaminhamento ao infectologista, quando comparados com outras condições clínicas.

Pacientes HIV com imunossupressão grave ou moderada e/ou CD4 menor que 350 cel/mm3 devem ter prioridade muito alta ao acesso ao serviço de atendimento especializado em HIV (SAE) quando comparado a outros pacientes com HIV, contudo os demais pacientes com indicação de acompanhamento em serviço especializado serão avaliados com prioridade alta.

Algumas condições de saúde mais comuns que necessitam encaminhamento para serviços de urgência/emergência são contempladas nestes protocolos. Entretanto, ressaltamos que existem muitas outras condições que não foram contempladas. É responsabilidade do médico assistente tomar a decisão e orientar o encaminhamento para o serviço apropriado, conforme sua avaliação.

As seguintes condições precisam ser avaliadas em caráter emergencial ou de pronto atendimento; não devem, portanto, esperar por consulta ambulatorial para adequado manejo: suspeita de neurossífilis em paciente imunossuprimido ou em pacientes com sinais/sintomas neurológicos ou oftalmológicos; suspeita de toxoplasmose aguda/reativada em pacientes imunossuprimidos ou em pacientes com lesão em órgão alvo (coriorretinite, miocardite, meningoencefalite, pneumonite ou miosite).

Tuberculose - Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para infectologia: suspeita de tuberculose extrapulmonar na impossibilidade de diagnóstico na APS ou no serviço de Tisiologia. Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para tisiologia: suspeita clínica ou radiológica de tuberculose, com BAAR negativo; ou dúvida

sobre a necessidade de prolongamento ou troca de esquema tuberculostático padrão; ou coinfecção HIV e tuberculose ; ou necessidade de tratamento com esquema especial (por resistência medicamentosa evidenciada em cultura/teste de sensibilidade, efeitos adversos ou comorbidades que justifiquem tratamentos especiais (hepatopatia crônica, doença renal crônica); ou necessidade de tratamento para Micobacteria não tuberculose. Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para cirurgia torácica: suspeita de tuberculose pleural.

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. sinais e sintomas;
2. resultado de 2 coletas de BAAR ou teste rápido molecular (quando disponível);
3. resultado de cultura com teste de sensibilidade aos fármacos, se indicado e quando disponível;
4. resultado de exame de imagem de tórax com data;
5. paciente apresenta HIV (sim ou não);
6. paciente necessita tratamento com esquema especial (sim ou não). Se sim, descreva o motivo;
7. se dúvida sobre prolongamento do tratamento padrão, descreva o motivo;

Toxoplasmose - Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para emergência: pacientes imunossuprimidos com sintomas de toxoplasmose aguda/ reativada; ou pacientes com suspeita de toxoplasmose com lesão de órgão alvo (coriorretinite, miocardite, meningoencefalite, pneumonite ou miosite). Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para oftalmologia pacientes com toxoplasmose ocular que necessite acompanhamento ambulatorial, após avaliação inicial com oftalmologista na emergência.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para obstetrícia (Pré-Natal de alto risco ou Medicina Fetal): gestantes com suspeita ou diagnóstico de toxoplasmose na gestação.

Conteúdo descritivo que o encaminhamento deve ter:

1. sinais e sintomas;
2. se mulher em idade fértil, descrever se paciente é gestante (sim ou não);
3. resultado de sorologia (IgM e IgG). Se paciente gestante, descrever idade gestacional no momento da coleta dos exames e resultado de avidez ao IgG (se indicado);
4. paciente apresenta imunossupressão (sim ou não). Se sim, causa da imunossupressão;

Linfonodomegalia / Esplenomegalia - Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Oncohematologia (preferencialmente) ou hematologia: linfonodomegalia com alterações hematológicas concomitantes, sem indicação de internação/emergência; ou

linfonodomegalia com sintomas/sinais de gravidade (linfonodomegalia indolor, endurecida e aderida a tecidos subjacentes e/ou sintomas B febre, sudorese noturna e emagrecimento) sem indicação de internação/ emergência ; ou linfonodomegalia com esplenomegalia, sem provável causa infecciosa. Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para medicina interna: linfonodomegalia supraclavicular; ou esplenomegalia não associada à hepatopatia crônica; ou pacientes com linfonodomegalia persistente por 8 semanas sem causa definida. Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para infectologia: suspeita de tuberculose extrapulmonar na impossibilidade de diagnóstico (biópsia de linfonodo) na APS ou no serviço de tisiologia. Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para cirurgia torácica: linfonodomegalia mediastinal. Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. sinais e sintomas (exame físico abdominal, sintomas constitucionais e outras alterações relevantes);
2. características do(s) linfonodo(s) (tamanho, localização, consistência, fixação a planos profundos e tempo de evolução do quadro);
3. resultado de hemograma e plaquetas (descrever microscopia quando presente), com data;
4. resultado dos exames, quando indicado, com data: anticorpo IgM e IgG para toxoplasmose, Monoteste ou EBV-VCA IgM e IgG, anticorpo IgM e IgG citomegalovírus, prova tuberculínica, Raio-X de tórax, anti-HIV ou teste rápido para HIV, anti-HCV, HbsAg, VDRL;
5. resultado de exame de imagem abdominal, com data (se realizado);

Infectologia

Especialidade	Motivo De Encaminhamento	Protocolo De Acesso Ambulatorial				
		Condições Clínicas Que Necessitam De Encaminhamento	Exames Complementares Sugeridos	Exame Físico	Prioridade De Regulação	Contrarreferência
Infectologia	HIV/AIDS	Seguimento ambulatorial de pacientes diagnosticados com infecção pelo HIV.	Sorologia ou teste rápido para HIV, carga viral para HIV, dosagem e linfócitos T CD4, PPD, Raio X de tórax, Perfil sorológico de Hepatite B, testagem rápida para Hepatite C ou Anti-HCV, sumário de urina, função renal, perfil lipídico; TGO, TGP, PPD,Sorologia para Citomegalovírus IgG e IgM, Sorologia para Chagas.	Citar achados clínicos, rastreio de infecções oportunistas, oportunizar momento para identificação de condições clínicas associadas.	Paciente com diagnóstico de HIV que ainda não tenham iniciado seguimento ambulatorial.	Condução no serviço.
Infectologia	Coinfecção de Tuberculose pulmonar e HIV	Casos de tuberculose diagnosticada com associação a infecção por HIV com diagnóstico fechado de ambas patologias; Casos de tuberculose latente em pacientes com HIV.	Sorologia ou teste rápido para HIV, carga viral para HIV, dosagem de linfócitos T CD4,PPD, Raio X de tórax, pesquisa de BAAR no escarro, pesquisa de *M. tuberculosis* por meio de PCR molecular (Genexpert), cultura de escarro (meios sólidos ou líquidos); ADA, PPD.	Citar achados clínicos, rastreio de infecções oportunistas, oportunizar momento para identificação de condições clínicas que demonstrem gravidade.	Tuberculose e HIV/AIDS.	De acordo com a avaliação, será encaminhado para a UBS para acompanhamento conjunto e dispensação de medicamentos na farmácia básica de posse do relatório médico. Dependendo da avaliação, poderá ser encaminhado a unidade de referência em tuberculose multirresistente portando relatóriode referência. Dependendo da avaliação do usuário em casos de demanda sociais o mesmo deve ser encaminhado a serviços de assistência social de acordo com demanda. O paciente que necessite de atenção social deve ser avaliado pelo serviço social se disponível em dia atendimento e referenciado para a referência com relatório médico preenchido.
	Hanseníase	Casos de reação hansênica tipo I, II ou fenômeno de Lucius com déficit de condução em atenção básica;	Exame físico, Baciloscopia na linfa, Biópsia de lesão cutânea, TGO e TGP,parasitológico de fezes (pesquisa de	Identificas lesões sugestivas e avaliação sensitiva térmica e tátil. Identificação de lesões sugestivas de reação	Pacientes diagnosticados e tratados com presença de reação hansênica tipo II e	De acordo com a avaliação, será encaminhado para a UBS para acompanhamento e dispensação de medicamentos na farmácia

		Casos de suspeição diagnóstica que com clínica compatível em associação com suspeição diagnósticas outras.	*Strongyloides*), hemograma, Beta HCG.	hansenica tipo II e fenômeno de Lucius, Identificação de espessamentos de cordões nervosos.	fenômeno de Lucius.	básica de posse do relatório médico; Encaminhamento para assistência multiprofissional com foco em prevenção de incapacidades; Encaminhamento para serviçode saúde mental de posse de relatório médico; Dependendo da avaliação do usuário em casos de demanda sociais o mesmo deve ser encaminhado a serviços de assistência social (CRAS ou CREAS) de acordo com demanda. O paciente que necessite de atenção social deve ser avaliado pelo serviço social se disponível em dia atendimento e referenciado para a referência com relatório médico preenchido.
Infectologia	Hepatite B	Seguimento ambulatorial de pacientes com infecção por vírus da hepatite B aguda ou crônica, com ou sem coinfecção pelo vírus HIV.	HbsAg (teste rápido para Hepatite B), Anti-Hbs, Anti-Hbc total, Anti-Hbc IgG, Anti-Hbc IgM, HbeAg, Anti-HbeAg, Anti HCV (teste rápido para Hepatite C), Teste rápido para HIV, Carga viral para o vírus da Hepatite B (PCR HBV-DNA), TGO, TGP, Albumina, Bilirrubinas, coagulograma, Hemograma, Endoscopia Digestiva Alta (EDA), Ultrassonografia de abdome superior (US abdome), Colonoscopia, Elastografia hepática (fibroscam), Biópsia hepática, Beta HCG.	Buscar sinais de congestão hepática, manifestações extra-hepáticas, avaliação de abdome com foco e exame físico de bordos hepáticos. Avaliação de sinais clínicos de encefalopatia hepática e complicações. Rastreio permanente de coinfeções e CHC.	Coinfecção com HIV;	Paciente deve ter seguimento neste serviço com avaliação de hepatocarcinoma e outras complicações
	Doença de Chagas	Pacientes com doença de chagas aguda ou crônica com necessidade de seguimento especializado.	Gota espessa para chagas, Pesquisa de *T. cruzi* em creme leucocitário, Pesquisa direta de *T. cruzi* em sangue periférico, IFI IgG e IgM (Imunofluorescência Indireta) para Chagas, Hemograma completo, TGO, TGP, Ecocardiograma transtorácico ou transesofágico, Endoscopia Digestiva Alta (EDA).	Rastreio de sinais de encefalopatia e outras complicações.	Chagas agudo, Coinfecção com HIV.	Seguimento neste hospital.
Infectologia	Leishmaniose Tegumentar Americana (LTA)	Pacientes com suspeita de LTA ou diagnóstico confirmado com ou sem coinfecção pelo vírus HIV.	Biópsia de lesão cutânea (pesquisa de amastigotas em esfregaço da lesão ou imprint de fragmentos de tecido); IFI para *Leishmania* ou imuniensaio; PCR de fragmento de lesão.	Definir lesão cutânea e descartar diagnósticos diferenciais.	Paciente com 50 anos ou mais; Coinfecção com HIV.	Referenciar casos que requeiram internamento em população adulta para hospital de referência na rede com dados sobre diagnóstico, estado geral e proposta de condução de tratamento. Alinhar seguimento ambulatorial para controle pós tratamento.
	Leishmaniose Visceral (LV)	Pacientes com suspeita de LV ou diagnóstico confirmado com ou sem coinfecção pelo vírus HIV.	Pesquisa de amastigotas em aspirado medular, Pesquisa de antígeno RK39; Proteína total e frações, Hemograma completo, teste rápido para HIV, Uréia, Creatinina.	Avaliação de hepatoesplenomegalia, avaliação de sinais de gravidade e sepse secundária entre infectados.	Paciente com 50 anos ou mais, Coinfecção com HIV.	Referenciar casos que requeiram internamento em população adulta para hospital de referência na rede com dados sobre diagnóstico, estado geral e proposta de condução de tratamento, Alinhar seguimento ambulatorial para controle pós tratamento.
	Covid-19	Casos confirmados com técnica de PCR ou métodos moleculares sem quadro de gripal agudo ou SRAG, que necessitem de condução por complicações após internamento.	PCR para SARS-CoV2, Imunocromatografia para SARS-CoV2, Gasometria arterial, LDH, Ferritina, D-dímero, TAP/INR, Hemograma completo, Ecocardiograma, Tomografia de tórax, Angiotomografia de tórax, LDH.	Avaliação de cinética respiratória. Ausculta pulmonar e cardíaca; avaliar troca gasosa, com dados sobre oximetria;	Pacientes egressos de internamento no HUJB.	Referenciar casos de pacientes com limitação de capacidade pulmonar com a rede para suporte de fisioterapia e outras especialidades com relatório bem estruturado com dados sobre exames disponíveis, avaliação clínica e exame físico.

	Herpes-zóster	Avaliação precoce com foco e limitação de tempo de lesão e redução de sequelas.	Teste rápido para HIV, hemograma completo,Glicemia de jejum, PSA, RX de tórax, rastreio de morbidades.		Pacientes com coinfecção pelo vírus HIV; Pacientes com mais e 65 anos.	
	Profilaxia pós exposição (PEP)	Avaliação de mecanismo de acidente com foco a intervenção precoce e prevenção de doenças passível de serem transmitidas pelo acidente. Intervenção precoce na janela de oportunidades (72hs).	Teste rápido p/HIV; Teste rápido p/Sífilis; Teste rápido para HCV; teste rápido para HBV; VDRL; Beta-HCG; Ur; Cr; TGO/TGP.	Rastreio de IST's ou infecção de pele e partes moles em sítio de contato	Pacientes vítimas de acidentes perfuro-cortantes, contato sexual sem uso de condom consensual ou não (abuso) no período menor que 72hs (urgência) .	Seguimento no serviço.

Anestesiologia

Especialidade	Motivo De Encaminhamento	Protocolo De Acesso Ambulatorial				
		Condições Clínicas Que Necessitam De Encaminhamento	Exames Complementares Sugeridos	Exame Físico	Prioridade De Regulação	Contrarreferência
Anestesiologia	Consulta pré-anestésica	Paciente em situação de pré-operatório de cirurgia eletiva.	Hemograma completo, TAP, PTT, glicose, ureia, creatinina, RX-tórax, ECG, avaliação cardiológica.	Avaliação das vias aéreas. Exame da coluna vertebral. Sinais de risco de broncoespasmo.	De acordo com a necessidade da cirurgia.	NA
	Cefaleia pós-raquianestesia	Cefaleia de difícil controle após raquiantesia.	Tomografia Craniocerebral em casos refratários.	Buscar sinais de complicações neurológicas.	Pacientes com cefaleia incapacitante.	

Cardiologia

Especialidade	Motivo De Encaminhamento	Protocolo De Acesso Ambulatorial				
		Condições Clínicas Que Necessitam De Encaminhamento	Exames Complementares Sugeridos	Exame Físico	Prioridade De Regulação	Contrarreferência
Cardiologia	Hipertensão arterial sistêmica (HAS) de difícil controle e secundária	A - Com a presença de alterações em órgão-alvo (comprometimento renal, cardiopatia hipertensiva, antecedentes de eventos neurológicos); B - Hipertensão não controlada em uso de pelo menos 3 drogas anti-hipertensivas, sendo uma delas um diurético; C - Que necessitam de investigação para casos suspeitos de HAS secundária.	Hemograma, glicose, colesterol total e frações, triglicerídeos, creatinina, ácido úrico, ureia, sódio, potássio, EAS, microalbuminúria, ECG. Se necessário, Mapa.	Exame físico minucioso após história clínica detalhada, com ênfase na medida da pressão arterial com técnica apropriada, relatos importantes (descrever as alterações de ausculta cardíaca e respiratória, edema e visceromegalias etc.). Determinação da classe funcional.	A - HAS severa descompensada com sinais de doenças associadas (ICC, DM, doença vascular periférica, acidente isquêmico e hemorrágico, coronariopatias, IRC); B - Idade (maiores de 40 anos); C - Portadores de HIV; D - História de dislipidemia.	Caso seja atingida a meta de tratamento e o paciente não apresentar lesão em órgão-alvo, o paciente deve retornar à unidade de origem para continuar tratamento, de posse do relatório de contrarreferência.
	Parecer cardiológico – pré-operatório com avaliação do risco cirúrgico	1-Casos com indicação de cirurgia não cardíaca já confirmada.	Hemograma, TAP, PTT, glicemia de jejum, ureia, creatinina, TGO e TGP, ECG, RX de tórax.	-	Pacientes com indicação cirúrgica eletiva e de grande porte.	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento, de posse de relatório de contrarreferência.
	Síncope ou perda transitória da consciência	1-Síncope associada a sinais e sintomas de provável origem cardiológica (dispneia, hipotensão, dor torácica, sopros, episódio que ocorre durante o exercício); 2- Síncope em paciente com alteração compatível no eletrocardiograma 3-Síncope em paciente com cardiopatia estabelecida (insuficiência cardíaca, cardiopatia isquêmica, valvulopatia, miocardiopatia dilatada, doenças cardíacas congênitas);	Hemograma, glicose, colesterol total e frações, triglicerídeos, creatinina, ácido úrico, ureia, sódio, potássio, EAS, ECG, RX de tórax, ecocardiograma, espirometria, holter, teste ergométrico.	Exame físico minucioso após história clínica detalhada: - sinais e sintomas (descrever episódio com sua frequência e duração, associação com outros sintomas de provável origem cardiológica (palpitação, dispneia, desconforto precordial), relação com exercício ou outros fatores desencadeantes e exame físico neurológico e cardiológico); 2.	Episódio de síncope em paciente com sinais de hipoperfusão, congestão pulmonar, fibrilação de início recente, suspeita de síndrome coronariana aguda, alterações em eletrocardiograma , história familiar (pais ou irmãos) de morte súbita antes dos 40 anos.	Caso seja atingida diagnóstico com tratamento otimizado ou descartado síncope de origem cardíaca, o paciente deve retornar à unidade de origem para continuar o tratamento, de posse do relatório de contrarreferência.

		4 -síncope em paciente com história familiar (pais ou irmãos) de morte súbita antes dos 40 anos.		presença de cardiopatia (sim ou não). Se sim, qual; 3. história familiar de morte súbita (sim ou não). Se sim, idade do evento e grau de parentesco; 4. resultado de eletrocardiograma com data, se realizado; 5. medicamentos que podem causar síncope (antiarrítmicos, anti-hipertensivos).		
	VALVULOPATIAS	1- Qualquer sopro diastólico ou contínuo; ou 2- Sopro sistólico associado a: queixas cardiovasculares, sopro de grau elevado (≥3/6) ou frêmito, sopro de início receita e suspeita de valvopatia.	Hemograma, glicose, colesterol total e frações, triglicerídeos, creatinina, ureia, sódio, potássio, RX de tórax, ECG, ecocardiograma.	Exame físico minucioso após história clínica detalhada.Determinação da classe funcional.	1- Pacientes sintomáticos e/ou com critérios de gravidades estabelecidos ecocardiográficos.	Permanecer no nível especializado.
	Insuficiência cardíaca	1- Classe funcional *(NYHA)* III e IV em pacientes já com tratamento clínico otimizado 2- Episódio de internação hospitalar devido à insuficiência cardíaca descompensada no último ano; 3- Suspeita de insuficiência cardíaca sem possibilidade de investigação com ecocardiografia. 4 -Pacientes em uso de quimioterápicos cardiotóxicos e suspeita de desenvolvimento de IC em qualquer classe funcional	Hemograma, glicose, colesterol total e frações, triglicerídeos, creatinina, ureia, sódio, potássio, RX de tórax, ECG, ecocardiograma	Exame físico minucioso, após história clínica detalhada. Determinação da classe funcional	1- Pacientes com diagnóstico de insuficiência cardíaca ou insuficiência coronária; 2- Pacientes com diagnostico de insuficiência cardíaca associada a sinais e sintomas de baixo débito (hipotensão, alteração no nível de consciência, oligúria) 3- Pacientes com insuficiência cardíaca associado a síncope.	Permanecer no nível especializado. Caso seja atingida a meta de tratamento, o paciente deve retornar à unidade de origem para continuar o tratamento, de posse do relatório de contrarreferência.
	Cardiopatia isquêmica	1-Cardiopatia isquêmica estabelecida com necessidade de estratificação de risco após evento (quando não realizada no serviço de urgência ou emergência)	Hemograma, glicose, colesterol total e frações, triglicerídeos, creatinina, ureia, sódio, potássio, RX de	Exame físico minucioso após história clínica detalhada: -Caracterizar junto ao paciente a dor precordial para classifica-la em anginosa ou não anginosa.	A - Dor torácica de início recente (em esforço ou repouso); B - Pacientes pós-infarto, pós-revascularização e pós-angioplastia.	Caso seja atingida diagnóstico com tratamento otimizado ou descartado doença coronariana arterial, o paciente deve retornar

		2-Cardiopatia isquêmica estabelecida em paciente ainda sintomático com tratamento clínico otimizado/impossibilitado de uso das medicações por efeitos adversos 3-Suspeita de cardiopatia isquêmica, (Em caso de dor precordial anginosa em portadores de fatores risco cardiovasculares – Hipertensos, diabéticos, insuficiência renal crônica, tabagista e dislipidemia	tórax, ECG, ecocardiograma, teste ergométrico, dosagem de enzimas cardíacas e cateterismo	Determinação da classe funcional	1- Obs.: angina instável, com suspeita de Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), é uma situação que requer avaliação de urgência pelo serviço de cardiologia	à unidade de origem para continuar o tratamento, de posse do relatório de contrarreferência
	Arritmias	1- Bradicardia sinusal sintomática ou assintomática com frequência cardíaca menor que 45 bpm 2- Bloqueio bifascicular (bloqueio completo de ramo esquerdo; bloqueio completo de ramo direito associado a hemibloqueio anterior esquerdo ou associado a hemibloqueio posterior esquerdo 3- Fibrilação atrial com possibilidade de cardioversão (paciente com idade menor que 65 anos e átrio menor que 5 cm); 4- taquicardia supraventricular sintomática ou recorrente, sem resposta ao tratamento; 5-Outras taquiarritmias ou alterações na condução cardíaca potencialmente graves 6- Investigação de palpitação recorrente de origem indeterminada.	Hemograma, glicose, colesterol total e frações, triglicerídeos, creatinina, ácido úrico, ureia, sódio, potássio, EAS, ECG, RX de tórax, ecocardiograma, espirometria, holter, teste ergométrico	Exame físico minucioso após história clínica detalhada: 1- sinais e sintomas (descrever também tempo de evolução, frequência dos sintomas, relação com esforço, consequências hemodinâmicas; 2- tipo de arritmia, quando estabelecida; 3-medicações em uso (todas), com posologia; 4- descrição do eletrocardiograma, com data; 5- outras doenças ou condições clínicas associadas 6. descrição do Holter, com data (Se disponível)	Arritmia em paciente com sinais de hipoperfusão, síncope, dispneia, fibrilação de início recente, suspeita de síndrome coronariana aguda,	Caso seja atingida diagnóstico com tratamento otimizado,o paciente deve retornar à unidade de origem para continuar o tratamento, de posse do relatório de contrarreferência

Clínica Médica/Propedêutica

Especialidade	Motivo De Encaminhamento	Protocolo De Acesso Ambulatorial				
		Condições Clínicas Que Necessitam De Encaminhamento	Exames Complementares Sugeridos	Exame Físico	Prioridade De Regulação	Contrarreferência
Clínica Médica	Diabetes Mellitus tipo II	Casos tratados e não responsivos à insulinoterapia plena, hiperglicemia, hemoglobina glicada aumentada e/ou presença de comorbidades como nefropatia, neuropatia, retinopatia, dislipidemia e HAS.	Hemograma, glicemia de jejum (duas determinações no intervalo de 2 a 3 semanas), ureia, creatinina, EAS, teste de tolerância à glicose, hemoglobina glicada, microalbuminúria, mapeamento de retina e fundo de olho.	Citar achados significativos.	Todos os casos.	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento, após dispensação do relatório de contrarreferência.
	Diabetes Mellitus tipo I	Todos os casos.	Hemograma, glicemia de jejum (duas determinações no intervalo de 2 a 3 semanas), ureia, creatinina, EAS, hemoglobina glicada, microalbuminúria, mapeamento de retina e fundo de olho.	Citar achados significativos.	Todos os casos.	Permanecer no nível especializado.
	Dislipidemias	Casos não responsivos à mudança do estilo de vida (atividade física e orientação alimentar) e à terapêutica com estatinas (colesterol total maior que 240 mg/dl e/ou triglicerídeos maior que 200 mg/dl). Colesterol maior que 300 mg/dl e triglicerídeos maior que 500 mg/dl.	Glicemia, TSH, T4 livre, colesterol total e frações, triglicérides, TGO, TGP, bilirrubina total e frações, ureia e creatinina.	Citar achados significativos.	Casos não responsivos à terapêutica (colesterol total maior que 240 mg/dl e triglicérides maior que 200 mg/dl).	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento, após dispensação do relatório de contrarreferência.
	Obesidade com comorbidades	IMC maior que 35 com comorbidades (hipertensão, diabetes, apneia do sono, osteoartrose, casos descompensados). Não encaminhar pacientes com obesidade sem alterações hormonais.	Não há.	Citar achados significativos.	IMC maior que 35 com comorbidades (hipertensão, diabetes, apneia do sono, osteoartrose, casos descompensados).	Permanecer no nível especializado.
	Casos suspeitos de doenças da tireóide	Hipotiroidismo: letargia, ressecamento da pele, queda de cabelos, obstipação intestinal, aumento do peso corporal, mixedema. Hipertiroidismo: nervosismo, irritabilidade, sudorese excessiva, diarreia, perda de peso, taquicardia, fibrilação atrial, exoftalmia. Nódulos de tireoide suspeitos. Tireoidite subaguda. Oftalmopatia de Graves em atividade.	Hipo e hipertireoidismo: TSH, T4 livre. Nódulos: USG de tiroide. Nódulo de tireoide com características suspeitas na USG de tireoide (nódulo maior que 1 cm, bordas irregulares, microcalcificações, vascularização central).	Hipotireoidismo: mixedema, bradicardia, bulhas hipofonéticas, disfonia, hiporreflexia. Hipertireoidismo: exoftalmia, bócio, taquicardia, arritmias, tremores de extremidades, hiperreflexia. Abscesso tireoideano com sinais flogísticos locais ou bócio doloroso com sinais de hipertireoidismo discreto.	Casos de difícil controle.	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento, após dispensação do relatório de contrarreferência.
	Diarreia crônica	Eliminação de fezes predominantemente desmanchadas ou líquidas, não importa o número de vezes, por um período maior que 3 a 4 semanas.	Hemograma, bioquímica, exame parasitológico de fezes.	Diarreia com ou sem sangue, muco ou pus, tenesmo associado, com ou sem urgência fecal.	Diarreia com sangue, emagrecimento importante.	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento, após dispensação do relatório de contrarreferência.
	Úlcera péptica	Gastrite não responsiva, história de neoplasia gástrica, história de úlcera gástrica ou duodenal tratada com recidiva de sintomas, desconforto digestivo 2 vezes por semana por mais de 4 semanas.	EDA com biópsia, pesquisa de H. *pylori*.	Dor epigástrica, vômitos e distensão abdominal.	Pacientes tratados e descompensados.	
	Gastrite atrófica diagnosticada.	Gastrite não responsiva, história de úlcera gástrica ou duodenal tratada com recidiva de sintomas, desconforto digestivo 2 vezes por semana por 4 semanas.	EDA com biópsia, pesquisa de H. *pylor.i*	Dor epigástrica, vômitos e distensão abdominal.	Pacientes tratados e descompensados.	

	Doença Inflamatória Intestinal	Diarreia, febre, dor abdominal, perda peso por mais de 4 semanas.	Colonoscopia, hemograma, VHS, PCR, perfil de ferro e ferritina.	Colite ulcerativa: diarreia sanguinolenta, muco, febre, dor abdominal, tenesmo, perda de peso e anemia. Doença de Crohn: dor abdominal, diarreia, febre, perda de peso. Pode evoluir com estenose ou fístulas intestinais e para outros órgãos.	Casos tratados e descompensados.	
	Icterícia para esclarecimento	Suspeita diagnóstica.	Provas de função hepática, USG abdome total.	Citar achados significativos.	Todos os casos.	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento, após dispensação do relatório de contrarreferência.
	Ascite para esclarecimento	Suspeita diagnóstica.	USG abdome total.	Citar achados significativos.	Todos os casos.	Dependendo da avaliação, o usuário poderá ser encaminhado à UBS para acompanhamento, após dispensação do relatório de contrarreferência.
	Doença gordurosa hepática não alcoólica	Síndrome Metabólica.	Hemograma, coagulograma, TGO, TGP, GGT, BTF, USG de abdome.	Obesidade, DM, HAS.	Doença hepática avançada.	Permanecer no nível especializado.
	Síndromes colestáticas crônicas	Icterícia, colúria, acolia fecal e prurido.	Hemograma, hepatograma, USG de abdome.	Sinais de icterícia.	Todos os casos.	Permanecer no nível especializado.
	Cirrose hepática	Todos os casos.	Sorologia para hepatites A, B e C, ferritina, alfafetoproteína, USG de abdome, hemograma, hepatograma, função hepática, EDA, glicemia, colesterol, triglicerídeos	Estima-se que aproximadamente 40% dos pacientes com cirrose são assintomáticos. Os principais sintomas são anorexia, vômitos,	Todos os casos.	Permanecer no nível especializado.

PROTOCOLOS HOSPITAL DIA

O HMTJ oferecerá no Hospital de Urgências de Goiás Dr. Valdemiro Cruz (HUGO), **estrutura para atender casos cirúrgicos simples com internação em curto período**.

O **Hospital Dia** contará com completa equipe médica e de enfermagem para atendimento hospitalar em um curto espaço de tempo.

A unidade funcionará das 7h às 17h. Serão admitidos pacientes para procedimentos cirúrgicos eletivos ou outros procedimentos que se adaptem ao regime de Hospital Dia, ou seja, que recebam alta no mesmo dia, como cirurgia de pequeno porte, endoscopia, cardioversão, dentre outros.

No Hospital dia, todas as consultas, exames e procedimentos são feitos com hora marcada, o que permite melhor controle do fluxo de pacientes. Além disso, a unidade não funcionará à noite, não fará internações complexas nem atendimento de urgência, o que reduz os imprevistos comuns de hospitais tradicionais. Serão priorizados os tratamentos menos invasivos, com alto grau de resolução e complexidade adequada para um atendimento eficiente e humanizado.

Serão seguidas as normativas preconizadas na Portaria Nº 44/ GM de 10 de janeiro de 2001, com realização de cirurgias eletivas ambulatoriais, será garantido o acompanhamento ambulatorial pós- -cirúrgico ou pós procedimento que requeiram preparo e/ou observação médica em período inferior a 12 horas. Será garantido registro pré, inter e pós-cirúrgico em prontuário e acesso a serviços de emergência e/ou alta complexidade para casos de intercorrências.

A Unidade de Hospital-dia fará a interface com diversas equipes do hospital, dando suporte para o tratamento que pode ser realizado no nível ambulatorial mas necessita de cuidados semelhantes aos da internação (procedimentos diagnósticos, terapêuticos e infusões que requerem a permanência dos pacientes na unidade por um período máximo de 12 horas).

O Hospital-Dia do Hospital de Urgências de Goiás Dr. Valdemiro Cruz (HUGO), contará com acompanhamento médico permanente aos pacientes internados e suporte em várias especialidades médicas.

Havendo, por qualquer motivo, impossibilidade de alta no horário previsto a Equipe Médica e o setor administrativo tomará as providencias necessárias para assegurar o bem estar e a segurança do paciente e seu(s) acompanhante(s).

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

O Hospital de Maternidade Therezinha de Jesus tem como prática promover parcerias entre os seus hospitais sob gestão com instituições de ensino, através de cooperação técnica com estas instituições para estágios curriculares, residências e treinamentos, contribuindo com a capacitação e formação adequada de profissionais assistenciais hoje escassos no mercado – contribuindo diretamente para a ampliação dos atendimentos do Sistema Público de Saúde – SUS.

Entendemos que este projeto agregará no desenvolvimento profissional dos estudantes contando com a ampla colaboração de nossa entidade e o equipamento hospitalar sob gestão desta OSS.

Nesta perspectiva o Hospital de Maternidade Therezinha de Jesus realizará convênios com a faculdades e universidade, possibilitando o acesso do aluno de graduação, cursos tecnólogos e pós-graduação as dependências do Hospital de Urgências de Goiás Dr. Valdemiro Cruz (HUGO).

Nesse sentido o Hospital de Urgências de Goiás Dr. Valdemiro Cruz (HUGO), mediante solicitação prévia e contrato com instituições de ensino conveniadas com a SES/GO, será utilizado como campo estágio de cursos tecnólogos para escolas técnicas e estágios para cursos de graduação e pós-graduação de intuições de ensino superior conveniadas com a SES/GO.

Para este acordo as Instituições de Ensino deverão apresentar uma série de documentos, como exemplo: termo de compromisso de estágio, termo de convênio com a SES/GO, apólice de seguro contra acidentes pessoais em nome do aluno (art. 9º da **Lei Federal 11.788, de 25/09/2008) que será assumido pela instituição de ensino,** documento dos professores supervisores de estágio e plano de estágio que será construído em conjunto com a SES/GO. O Termo de Compromisso de Estágio terá por finalidade particularizar a relação jurídica especial existente entre o estagiário e a Secretaria de Estado da Saúde de Goiás, constituindo-se assim em comprovante legal de que o estágio/aula prática não acarretará vínculo empregatício de qualquer natureza entre as partes, com estrita observância da Lei 11.788/2008.

As instituições de ensino indicarão um preceptor para acompanhamento dos acadêmicos, **respeitando o quantitativo de estagiários por preceptor preconizado pelo conselho.**

A atividade de estágio trará uma contribuição prática e efetiva para o Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado – HERSO pela contribuição do aluno com o desenvolvimento da unidade.

A justificativa primordial do estágio é formar profissionais socialmente responsáveis, capazes de estender à comunidade em que vivem os conhecimentos das ciências, contribuindo para o desenvolvimento social ecultural da região.

Para acompanhamento do estágio, o professor orientador utilizará como subsídio as descrições constantes do plano de estágio.

O modelo de gestão a ser implantado buscará manter a cooperação técnica existente no Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado - HERSOcom entidades de ensino para o desenvolvimento de estágios e treinamentos e ampliar com ouras instituições, caso de interesse da SES GO. É intenção do HMTJ promover parceiras com a Universidades e Escolas Técnicas possibilitando o acesso de alunos as dependências do hospital.

HMTJ
ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE
HOSPITAL MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS

10.2.3: ÁREA DA QUALIDADE TÉCNICA

EXPERIÊNCIA DA DIRETORIA

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

The Leland Stanford Junior University

to all to whom these Letters shall come Greeting

The Trustees and Faculty of the University, by virtue of the authority vested in them, have conferred on

Thiago Soares Mendes Moreira de Moraes

who has satisfactorily pursued the Studies and passed the Examinations required therefor the Degree of

Master of Science

in

Management

with all the Rights, Privileges, Honors, and Responsibilities thereunto appertaining. Given at Stanford University in the State of California on the Twenty-Fourth Day of September in the Year Two Thousand and Twenty, the Two Hundred Forty-Fourth Year of the Republic, and the One Hundred Twenty-Ninth Academic Year of the University.

LELAND STANFORD JUNIOR UNIVERSITY
DIE LUFT DER FREIHEIT WEHT
1891

Chair of the Board of Trustees

President of the University

Graduate School of Business

Scanned with CamScanner 1600

Thiago Soares Mendes Moreira de Moraes

FORMAÇÃO ACADÊMICA

STANFORD UNIVERSITY — **Stanford, CA/EUA**
Mestrado em Administração — Jul 2019 – Out 2020

FUNDAÇÃO DOM CABRAL — **Belo Horizonte/MG**
MBA Executivo — Set 2013 – Ago 2015

HOSPITAL FELÍCIO ROCHO — **Belo Horizonte/MG**
Residência em Anestesiologia — Jan 2008 – Dec 2010

FACULDADE DE MEDICINA DE PETRÓPOLIS — **Petrópolis/RJ**
Graduação em Medicina — Jan 2002 – De 2007

EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL

GALILEO MEDICAL REASEARCH — **Juiz de Fora/MG**
Diretor Executivo — Ago 2022 – Presente

CORA HEALTH — **Los Angeles CA/EUA**
Diretor Executivo — Out 2020 – Jun 2022

HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS — **Rio De Janeiro/RJ**
Diretor Médico — Jun 2013 – Dez 2018

Diretor Geral Hospital Estadual da Mãe — May 2012 – Jun 2013

HOSPITAL MONTE SINAI — **Juiz de Fora/MG**
Anestesiologista — Fev 2016 – Dez 2018

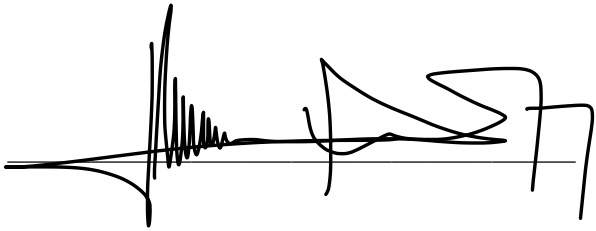
HOSPITAL LIFE CENTER — **Belo Horizonte/MG**
Anestesiologista — Jan 2011 – Jun 2013

HOSPITAL VILA DA SERRA — **Belo Horizonte/MG**
Anestesiologista — Jan 2011 – Jun 2013

DECLARAÇÃO INTERESSE

Eu, Thiago Soares Mendes Moreira de Moraes, CPF nº 060.127.506-33, MANIFESTO INTERESSE em atuar na equipe de gerência (direção) do Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado - HERSO, localizado na localizado na Av. Uirapuru, s/n - Parque Res. Isaura, Santa Helena de Goiás - GO, 75920-000, no Estado de Goiás, sob gestão do Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus (CNPJ 21.583.042/0001-72).

Juiz de Fora, 31 de agosto de 2023.



10.2.3: ÁREA DA QUALIDADE TÉCNICA

IMPLEMENTAÇÃO DE SERVIÇOS E FUNCIONAMENTO DA EQUIPE INTERDISCIPLINAR

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

POP INT 001 – ACIONAMENTO DO CÓDIGO AZUL

I. Objetivos

O Código Azul é um procedimento de emergência crítica. Ocorre quando um paciente internado sofre uma parada cardiorrespiratória (PCR) e tem como objetivo prestar atendimento imediato aos pacientes com suspeita de parada cardiorrespiratória (PCR) ou interrupção súbita e brusca da circulação sistêmica e/ou da circulação respiratória, visando tornar mais rápido e organizado o atendimento prestado,aumentando assim as chances de sucesso nas manobras de RCP, possibilitando melhorar a sobrevida e reduzir os danos ao cliente. Além disso, reduz o estresse e o desgaste dos profissionais encarregados desta função e estabelece um fluxo de comunicação rápida para equipe multiprofissional, com a finalidade de um atendimento imediato e de qualidade.

II. Materiais

- ☐ Carrinho de emergência;
- ☐ Desfibrilador;
- ☐ Monitor;
- ☐ Bolsa Válvula Máscara (Ambu) completo;
- ☐ Laringoscópio;
- ☐ Telefone;
- ☐ Sistema de aspiração;
- ☐ Sistema de oxigenoterapia;
- ☐ Tábua rígida de massagem.
- ☐ Luvas

III. Abrangência

Setores Assistenciais.

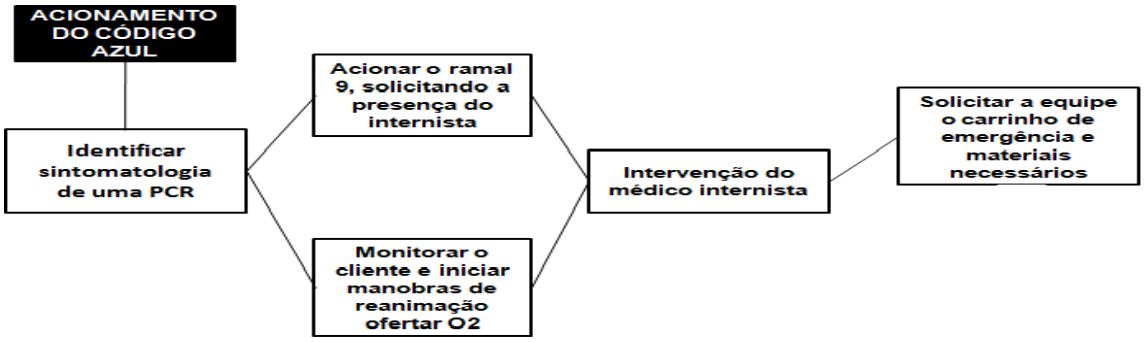
IV. Descrição dos passos da atividade <u>Atendimento com equipe multiprofissional;</u>

☐ Define-se como parada cardiorrespiratória (PCR) a interrupção súbita e brusca da circulação sistêmica e ou da respiração. É imprescindível que seja iniciado prontamente as manobras de reanimação pela equipe multidisciplinar, antes mesmo da chegada da equipe de suporte avançado melhorando a sobrevida e reduzindo

sequelas pós-PCR.

☐ Acionamento do "Código Azul", onde a recepção deverá comunicar o médico internista através dos meios de comunicação, a fim de informar o setor que acionou o código azul ou acionamento pelo celular do internista.

☐ Em casos de Acionamento de "Código Azul" pelos consultórios, a equipe do Pronto Atendimento que será responsável pelo atendimento imediato.



Para proporcionar melhor organização durante a PCR, o enfermeiro deverá proceder:

☐ Deverá identificar uma PCR;

☐ Observar acesso periférico;

☐ Planejar a assistência definindo e direcionando as tarefas da equipe de enfermagem;

☐ Colocar a vítima em decúbito dorsal horizontal, em uma superfície plana e dura;

☐ Manter a cabeça e o tórax no mesmo plano;

☐ Iniciar as compressões torácicas, de no mínimo 100 a 120 compressões por minuto em adultos e crianças,com profundidade mínima de 5cm,porém evitando passar de 6 cm para adultos e crianças e 4 cm para bebês menores de 1 ano;

☐ Não se apoiar no tórax da vítima;

☐ Interromper o mínimo possível o ciclo;

☐ Iniciar compressão/ ventilação na proporção de 30:2, sendo no máximo 10 segundos para a realização da ventilação. Deve-se evitar ventilações excessivas;

☐ Alternar os colaboradores a cada 2 minutos;

☐ Determinar as ações de cada membro da equipe, estipulando quem será técnico de enfermagem 1 e 2;

☐ Calçar luvas de procedimento;

☐ Marcar hora do início da PCR;

☐ Ventilar o paciente, observando movimentos respiratórios;

☐ Supervisionar as ações dos membros da equipe;

Técnico de Enfermagem 1:

☐ Após detectada a PCR;

☐ Calçar luvas de procedimento;

☐ Retirar travesseiros;

☐ Colocar tábua de massagem no dorso do paciente;

☐ Retirar qualquer tipo de prótese dentária;

☐ Ligar o ambú com o oxigênio

☐ Auxiliar o Enfermeiro na Massagem Cardíaca.

Técnico de Enfermagem 2:

☐ Levar carrinho de emergência e desfibrilador;

☐ Calçar luvas de procedimento;

☐ Certificar da monitorização do paciente;

☐ Providenciar acesso venoso calibroso com dupla via e torneirinha (instalar solução fisiológica 0,9% de 500ml).

☐ Providenciar sistema de aspiração;

☐ Preparar medicações solicitadas;

☐ Ministrar medicações solicitadas, elevando o membro puncionado após a administração da mesma oubolus de SF0,9%;

☐ Preparar material para intubação;

☐ Testar laringoscópio;

☐ Testar cuff do TOT;

☐ Inserir o fio guia no interior do TOT;

☐ Entregar ao médico: Laringoscópio preparado e TOT com fio guia;

☐ Aspirar sempre que necessário;

☐ Fixar o TOT.

Médico:

☐ Atuar de acordo com plano terapêutico;

☐ Atende intercorrências de PCR

☐ Solicitar materiais, equipamentos conforme necessidade;

☐ Após estabilização do paciente solicitar vaga nas UTI's;

☐ Acompanhar transporte do paciente até o local de destino (UTI's).

☐ Caso o paciente evolua a óbito, proceder de acordo com PRS ENF 009 - CUIDADOS COM CORPO PÓSMORTE;

Enfermeiro:

☐ O enfermeiro tem a responsabilidade de comunicar ao setor de UTI confirmando vaga para o paciente e passando asinformações necessárias para a montagem do leito de acordo com as necessidades do paciente;

☐ O transporte deverá ser realizado em acompanhamento do enfermeiro, médico internista e ou responsável pelo paciente e técnico de enfermagem;

☐ Informar ao enfermeiro das UTI's o encaminhamento do paciente;

☐ Na UTI, o enfermeiro deve proceder na passagem de plantão com observações pertinentes ao quadro de agravamento do paciente, condutas tomadas (procedimentos, dispositivos,tempo de PCR) e ou pendências para estabelecer continuidade no cuidado;

☐ Após o término do atendimento, fazer os registros necessários;

☐ Conferir e repor o material do carrinho após o uso;

☐ Lacrar o carrinho;

☐ Anotar número do lacre, datar, assinar e carimbar na folha de controle do lacre.

V. Siglas e Definições

PCR: Parada Cardio Respiratória.

RCP: Ressuscitação Cardiopulmonar.

AHA: American Heart Association.

SF: Solução Fisiológica.

UTI: Unidade de Terapia Intensiva.

TOT: Tubo Orotraqueal.

RCPSCT: Parada Cardio Respiratória Súbita Com Testemunha.

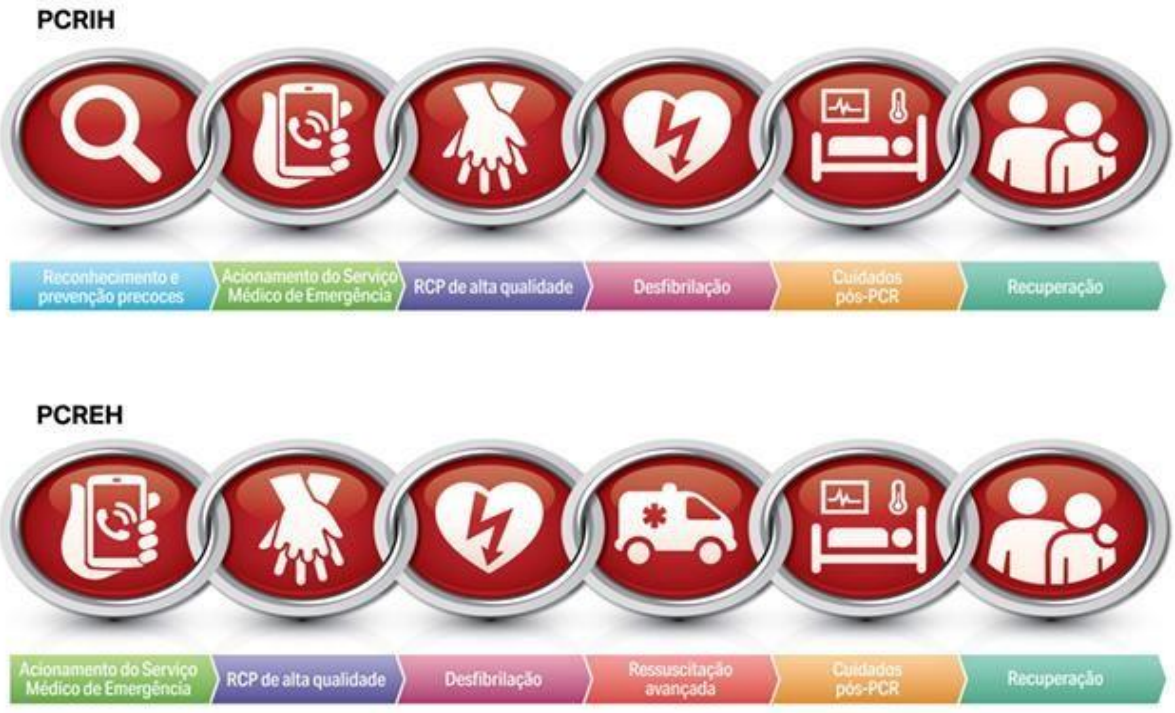
SME: Serviço Médico de Emergência.

DEA: Desfibrilador Externo Automático.

ACE: Atendimento Cardiovascular de Emergência.

VI. Anexos

Diretrizes de Ressuscitação Cardiopulmonar (RCP) 2020: **Figura 1**. As cadeias de sobrevivência da AHA.



Aqui estão os pontos de destaque das novas Diretrizes de Ressuscitação Cardiopulmonar (RCP) 2020:

- Com base na evidência mais recente, o uso rotineiro de dupla desfibrilação sequencial não é recomendado.
- O atendimento do paciente após o retorno da circulação espontânea (RCE) requer muita atenção à oxigenação, controle da pressão arterial.
- O tratamento da PCR na gravidez é focado em ressuscitação maternal, com a preparação para uma cesariana de emergência, se necessário, para salvar o bebê e melhorar as chances de ressuscitação bem-sucedida da mãe.
- Não houve alteração na recomendação referente à relação compressão-ventilação de 30:2 para um único socorrista de adultos, crianças e bebês (excluindo-se recém-nascidos).
- Uma RCP de alta qualidade inclui:
  - ✓ Frequência de compressão mínima de 100 a 120 /minuto (em vez de "aproximadamente" 100/minuto,como era antes).
- ✓ Profundidade de compressão mínima de 5 cm em adultos.
- ✓ Retorno total do tórax após cada compressão.
- ✓ Minimização das interrupções nas compressões torácicas.
- ✓ Evitar excesso de ventilação.

2. As novas diretrizes minimizam a importância de checar o pulso pelos profissionais de saúde treinados. A detecção do pulso pode ser difícil mesmo para provedores experientes, principalmente quando a pressão arterial está muito baixa. Quando for executada, a checagem do pulso não pode levar mais que 10 segundos.

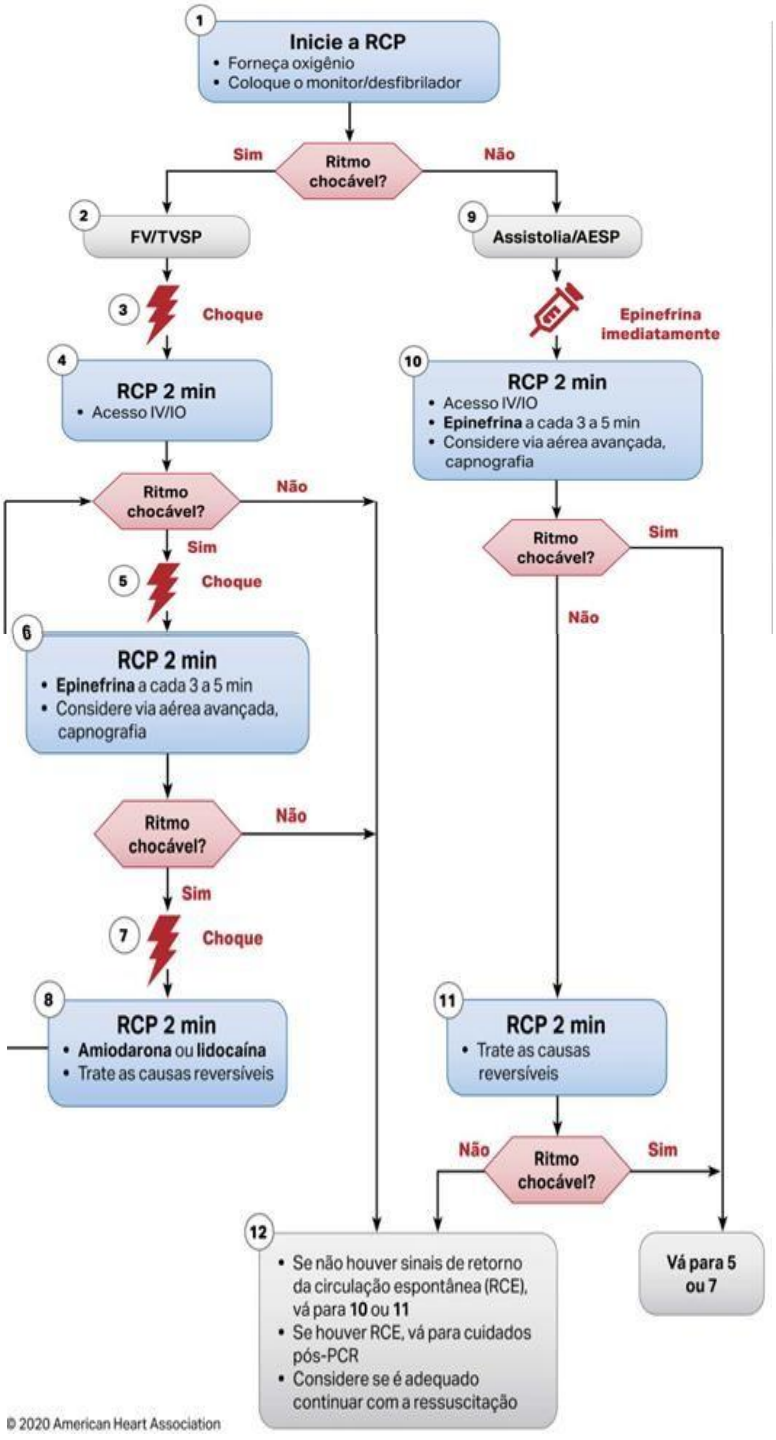
3. As recomendações anteriores de se utilizar o Desfibrilador Externo Automático (DEA) o quanto antes, em caso de PCR extra-hospitalar presenciada, foi reforçada. Quando a PCR não for presenciada, a equipe do SME deve iniciar RCP (se já não estiver sendo realizada pelo leigo) enquanto o DEA verifica o ritmo. Nestes casos, pode-se considerar 1 a 3 minutos de RCP antes do primeiro choque dedesfibrilação.

4. Foi estimulada a implementação de programas que estabeleçam DEA acessíveis em locais públicos nos quais exista uma probabilidade relativamente alta de PCR presenciada. A AHA recomenda que esses programas sejam acompanhados de planejamento, treinamento e integração com o SME para melhor eficácia.

5. O uso de tecnologia de telefones celulares pelos sistemas dos atendentes de emergência para alertar as pessoas dispostas presentes no local com relação a eventos próximos que

possam necessitar de RCP ou o uso de DEA é aconselhável.

Figura 4. Algoritmo de PCR para adultos.



Qualidade da RCP

- Comprima com força (pelo menos 5 cm) e rápido (100 a 120/min) e aguarde o retorno total do tórax.
- Minimize interrupções nas compressões.
- Evite ventilação excessiva.
- Alterne os responsáveis pelas compressões a cada 2 minutos ou antes, se houver cansaço.
- Sem via aérea avançada, relação compressão-ventilação de 30:2.
- Capnografia quantitativa com forma de onda
  - Se $PETCO_2$ estiver baixo ou caindo, reavalie a qualidade da RCP

Carga do Choque para Desfibrilação

- **Bifásica**: Recomendação do fabricante (por exemplo, dose inicial de 120 a 200 J); se desconhecida, usar o máximo disponível. A segunda dose e as subsequentes devem ser equivalentes, podendo ser consideradas doses mais altas.
- **Monofásica**: 360 J

Tratamento medicamentoso

- **Dose IV/IO de epinefrina:** 1 mg a cada 3 a 5 minutos
- **Dose IV/IO de amiodarona:** Primeira dose: Bolus de 300 mg. Segunda dose: 150 mg
  ou
  Dose IV/IO de lidocaína: Primeira dose: 1 a 1,5 mg/kg. Segunda dose: 0,5 a 0,75 mg/kg.

Via aérea avançada

- Intubação endotraqueal ou via aérea extraglótica avançada
- Capnografia com forma de onda ou capnometria para confirmar e monitorar o posicionamento do tubo ET
- Quando houver uma via aérea avançada, administre 1 ventilação a cada 6 segundos (10 ventilações/min) com compressões torácicas contínuas

Retorno da Circulação Espontânea (RCE)

- Pulso e pressão arterial
- Aumento abrupto prolongado na $PETCO_2$ (tipicamente, ≥40 mmHg)
- Ondas de pressão arterial espontânea com monitoramento intra-arterial

Causas reversíveis

- **H**ipovolemia
- **H**ipóxia
- **H**idrogênio (acidemia)
- **H**ipo/hipercalemia
- **H**ipotermia
- **T**ensão do tórax por pneumotórax
- **T**amponamento, cardíaco
- **T**oxinas
- **T**rombose coronária
- **T**rombose pulmonar

Compressões Torácicas: Devem ser feitas numa velocidade entre 100 a 120 vezes por minuto. Em vias aéreas não avançadas, a relação compressões/ventilações deve ser de 30:2. É necessário deixar que o tórax seja deprimido entre 5 cm e não maior que 6 cm e com retorno completamente à sua posição de repouso após cada compressão.



I. Referências

MENDES, Maria Manuela Rino and **ALVARENGA**, Márcia Regina Martins. Percepção da enfermagem sobrereinternações e alta hospitalar de idosos: resultados preliminares da análise de conteúdo.Rev. Latino-Am. Enfermagem [online]. 2000, vol.8, n.2, pp. 111-112. ISSN 0104-1169.

Bellan MC, Araújo IIM, Araújo S. Capacitação teórica do enfermeiro para o atendimento da paradacardiorrespiratória. Rev Bras Enferm. 2010;63(6):1019-27.

ECC Committee, Subcommittees and Task Forces of the American Heart Association. 2010 American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care Science. Circulation. 2010;122 (Suppl 3):S640-S946.

Panchal AR, Berg KM, Kudenchuk PJ, et al. 2018 American Heart Association focused update on advanced cardiovascular life support use of antiarrhythmic drugs during and immediately after cardiac arrest: an update to the American Heart Association guidelines for cardiopulmonary resuscitation and emergency cardiovascular care[published online November 5, 2018]. Circulation. doi: 10.1161/CIR.0000000000000613.

Soar J, Donnino MW, Aickin R, et al. 2018 international consensus on cardiopulmonary resuscitation and emergency cardiovascular care science with treatment recommendations summary [published online November5, 2018]. Circulation. doi: 10.1161/CIR.0000000000000611.

Valdes SO, Donoghue AJ, Hoyme DB, et al; for the American Heart Association Get With The

Guidelines– Resuscitation Investigators. Outcomes associated with amiodarone and lidocaine in the treatment of in-hospital pediatric cardiac arrest with pulseless ventricular tachycardia or ventricular fibrillation. Resuscitation. 2014;85:381-386.
Destaques das diretrizes de RCP e ACE de 2020 da American Heart Association. American Heart Association,2020. Acesso em: 24/11/2022. Disponível em: chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://cpr.heart.org/-/media/CPR-Files/CPR-Guidelines-Files/Highlights/Hghlghts_2020ECCGuidelines_Portuguese.pdf.

POP INT 002 – ATENDIMENTO AO PACIENTE CRÍTICO

I. Objetivo

- Identificação e atendimento imediato aos pacientes internados graves ou com alguma instabilidade clínica.
- Redução do acionamento do Código Azul.
- A escala Mews possibilita identificar precocemente os sinais de deterioração clínica do paciente baseado em parâmetros vitais. De acordo, com o POP de Identificação de Deterioração Clínica, o escore entre 4-5 indica CÓDIGO AMARELO. Neste caso, deve-se:
- Verificar se acesso está pérvio, oxigenioterapia, monitorização , encaminhar carrinho de ememergência (CE) para próximo do leito;
- Avaliação urgente do médico (até 30 minutos) - Após estabilização e ou conduta inicial (Prescrição de cuidados); Reavaliar de hora em hora até definição do novo Plano de Cuidado; Monitorar medidas iniciais;
- Considerar transferência para UTI (Comunicar à UTI verificando disponibilidade de leito e preparo do mesmo);
- Revisar Plano de Cuidado;
- Reavaliar após 1h. Manter monitorização mínima a cada 3h;
- Caso mantenha ou aumente escore - acionar médico INTERNISTA/ANESTESIOLOGISTA.

II. Materiais

- Esfigmomanômetro;
- Estetoscópio;
- Oxímetro de pulso;
- Glicosímetro e material de glicemia capilar;
- Aparelho de ECG;
- Termômetro;
- Relógio com ponteiro de segundos;
- Prescrição médica.

III. Abrangência

Unidades de Internação e Recepção.

IV. Descrição dos Passos da Atividade

- Quando um paciente apresentar sinais de instabilidade clínica com risco de rápida deterioração a Enfermagem deverá rapidamente verificar sinais vitais pressão arterial (PA), frequência cardíaca (FC), frequência respiratória (FR), temperatura (T), dor e nível de consciência, juntamente a saturação de oxigênio, glicemia capilar se necessário, juntamente aos sinais e sintomas.
- Instalar a monitorização cardíaca e oximetria de pulso e acionar o internista conforme a escala que se encontra fixada nos postos de enfermagem. O acionamento será através do telefone de contato do próprio profissional e/ou outros meios de comunicação preestabelecido na unidade.
- A enfermagem deverá providenciar em caráter de urgência um acesso venoso periférico prévio o mais calibroso possível (jelco 20).
- O médico acionado deverá deslocar-se até o setor de internação que acionou em período ≤ 5 minutos.
- A Enfermagem deverá deixar prontuário e prescrição separado no posto de enfermagem a prescrição.
- Seguir fluxograma de intercorrência na Enfermaria (Anexo 01) conforme os sinais de instabilidade (Anexo 02).
- Deverá comunicar ao médico quando chegar ao setor as seguintes informações, seguindo metodologia SBAR:

1. Situação: causa de acionamento do Código Amarelo;
2. Background: diagnóstico de internação e antecedentes mórbidos do paciente;
3. Avaliação: deverão ser verificados os seguintes dados:

- SSVV;
- Oximetria;
- Glicemia capilar;
- Nível de consciência: alerta, sonolento ou inconsciente (Escala de Coma de Glasgow)
- ECG e monitorização cardíaca a critério do Enfermeiro ou Médico.

Recomendação: solicitação da Enfermagem ao Médico de acordo com a intercorrência. Deverá ser preenchida Escala de Mews.

V. Siglas e Definições.

PA – Pressão Arterial;

FC – Frequência Cardíaca;

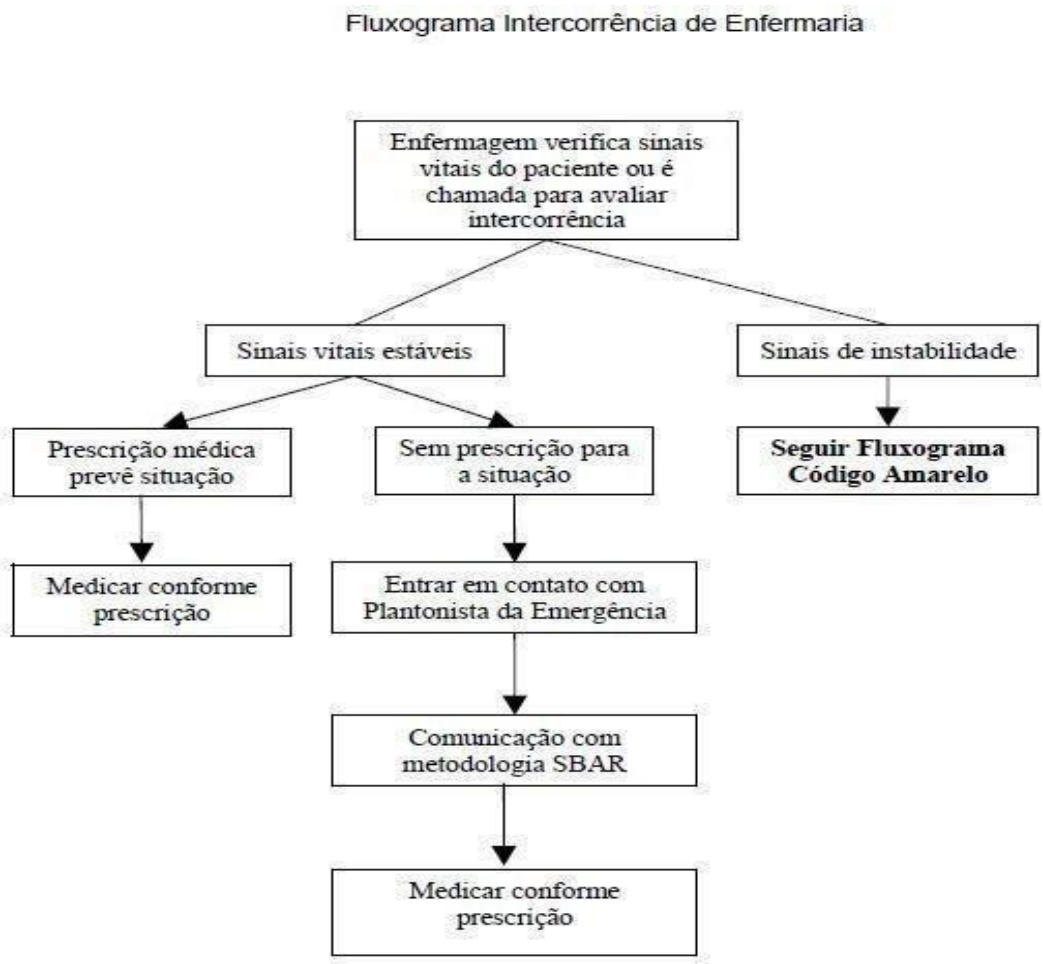
FR–Frequência Respiratória;

PAS – Pressão Arterial Sistólica;

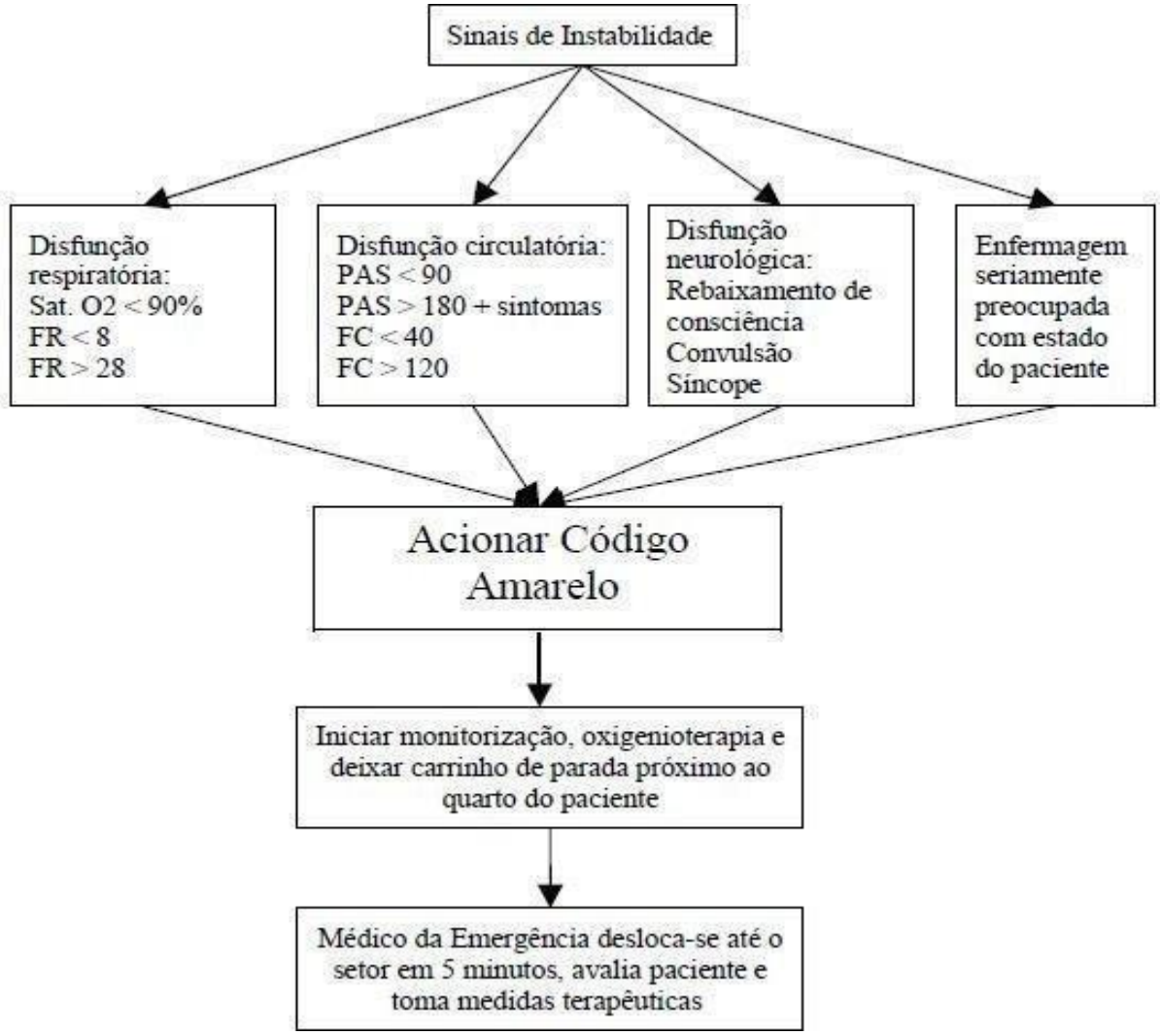
ECG – Eletrocardiograma.

VI. Anexos

Anexo 01- Fluxograma de intercorrência na Enfermaria.



Anexo 02- Sinais de Instabilidade.



VII. Referências

Move Your Dot: Measuring, Evaluating, and Reducingi Hospital Moratlity Rates – Institute of Healthcare Improvement 2003. Reducing Hospital Mortality Rates (Part 2) – Institute of Healthcare Improvement 2005 Protocolos, Rotinas e Políticas Institucionais Hospital Albert Einstein.

POP INT 003 – CATETER VESICAL DE DEMORA E ALÍVIO – IMPLANTAÇÃO E CUIDADOS

I. Objetivo

• Tratar disfunções da bexiga (ex: retenção ou incontinência urinária, estenose uretral, etc); Irrigação vesical em pacientes em pós-operatório de ressecção transuretral de próstata; Controle do volume de diurese (hemodinâmico);

• Prevenir distensão da Bexiga (bexigoma);

• Coleta de amostras de urina para exames laboratoriais livre de contaminação.

II. Materiais

II.I. SONDA VESICAL DE ALÍVIO

- Bandeja de cateterismo vesical;
- Sonda uretral de calibre adequado (mulher: nº 10, 12, 14; homem: nº 14, 16; criança: nº4 a 10);
- Gaze IV estéril;
- Gel anestésico (xilocaína a 2%);
- Luva cirúrgica estéril;
- Máscara cirúrgica, avental e gorro;
- Clorexidina degermante a 4%;
- Biombo S/N;
- Saco de lixo contaminante para descarte do material.

II.II. SONDA VESICAL DE DEMORA

- Bandeja de cateterismo vesical de demora;
- Sonda Foley de calibre adequada ao tamanho do paciente (mulher: nº 14, 16, 18; homem: nº 16, 18, 20; criança: nº 4 a 10); em caso de irrigação vesical, passar de três vias e com calibre de 20 à 24 Fr;
- Gaze estéril;
- Gel anestésico (xilocaína a 2%);

- Luvas de procedimento;
- Luva cirúrgica estéril;
- 02 Seringas de 20ml;
- 01 Agulha 40x12;
- Bolsa coletora de urina em sistema fechado;
- 02 ampola de Água destilada de 10ml;
- Máscara cirúrgica, avental e gorro;
- Clorexidina degermante a 4%;
- Micropore ou Esparadrapo;
- Biombo S/N.
- Saco de lixo contaminante para descarte do material.

III. Abrangência

Todos os setores assistenciais da instituição.

IV. Descrição dos Passos da Atividade

IV.I. PROCEDIMENTOS GERAIS:

☐ Verificar prescrição médica;

☐ Reunir o material necessário;

☐ Explicar o procedimento ao paciente e acompanhante;

☐ Colocar biombos ao redor do leito;

☐ Lavar as mãos com sabão apropriado e se paramentar (avental, máscara, gorro e luva estéril);

☐ Abrir o material (cuba de sondagem vesical) sem contaminá-lo na mesa de procedimento ou sobre campo estéril;

☐ Colocar solução antisséptica (clorexidina degermante a 4%) na cuba redonda;

☐ A enfermeira iniciará a higiene íntima no paciente com gaze IV embebida em clorexidina. (Caso a paciente seja mulher, colocá-la em posição ginecológica posicionando os joelhos flexionados e afastados, unindo os pés na região plantar sem causar desconforto);

 Colocar campo estéril para a realização do procedimento. Abrir o invólucro da sonda vesical, mantendo-a dentro do mesmo, testar o balonete com a seringa de 20ml com ar, conectar a sonda ao coletor estéril segurando a sonda pela parte externa do invólucro; colocar uma quantidade de xilocaína estéril em gaze estéril e passar na extensão da sonda.

 Após visualiação do meato uretral, introduzir o cateter lentamente até constatar a saída da urina no circuito, se foley introduzir até o final da sonda;

 Injetar a quantidade de água destilada indicada na sonda para insuflar o balão;

 Testar se o cateter foley está fixo, puxar delicadamente até apresentar resistência;

 Retirar o campo;

 Fixar com micropore a extensão do cateter (homem: região suprapúbica e mulher na lateral da coxa, sem tracionar a uretra) e posicionar a bolsa coletora adequadamente;

 Anotar na bolsa coletora a data do procedimento, nº da sonda foley, volume àgua insuflada no balonete, o nome de quem realizou;

 Retirar os materiais utilizados, descartar em saco apropriado os materiais contaminados e os campos no hamper;

 Organizar o local e deixar o paciente confortável;

 Retirar as luvas e lavar as mãos;

 Encaminhar o material para o expurgo;

 Realizar evolução de enfermagem via sistema sobre o procedimento realizado e com todos os dados corretos (data, hora, número e tipo do cateter usado, volume e aspecto da urina drenada, volume da água destilada injetada no balão e intercorrências se houver).

 Checar prescrição médica;

OBSERVAÇÃO: No caso de resistência na introdução da sonda, interrompa o procedimento e comunique ao médico; O enfermeiro deve avaliar o uso de anticoagulantes e antecedentes urológicos como doenças da próstata, traumas uretrais e cirurgias prévias.

IV.II. CATETERISMO VESICAL MASCULINO:

 Segurar o pênis com gaze estéril, mantendo-o em posição perpendicular ao abdome;

 Afastar o prepúcio e expor a glande, fazer antissepsia em movimento circular do meato para a glande, com as gazes embebidas em clorexidina degermante 4%; retirar o excesso utilizando uma gaze seca;

 Injetar delicadamente no meato urinário 10 ml de xilocaína e ocluir o meato urinário por

2 a 3 minutos para não ocorrer retorno da solução;

☐ Observar o retorno da diurese, seu aspecto e coloração, insuflar o balonete com água destilada, tracionar delicadamente a sonda até encontrar resistência;

☐ Retirar o campo estéril;

☐ Fixar a sonda na região supra-púbica da coxa do paciente, de forma que não fique tracionada;

☐ Prender a bolsa coletora adequadamente na cama;

☐ Registrar na evolução do paciente via sistema RM o procedimento realizado.



Figura: Fixação de SVD em pacientes do sexo masculino

IV.III. CATETERISMO VESICAL FEMININO:

☐ Realizar antissepsia em meato urinário de forma circular, utilizando gazes embebidas em clorexidina degermante 4% por três vezes consecutivas, desprezando-as em seguida;

☐ Retirar o excesso com uma gaze IV seca;

☐ Introduzir a sonda delicadamente no meato urinário, observar o retorno da diurese, seu aspecto e coloração;

☐ Insuflar o balonete com 20ml de água destilada, tracionar delicadamente a sonda até encontrar resistência;

☐ Retirar o campo estéril;

☐ Fixar a sonda na face interna da coxa da paciente, de forma que não fique tracionada;

☐ Prender a bolsa coletora adequadamente na cama;

☐ Registrar na evolução do paciente via sistema o procedimento realizado.

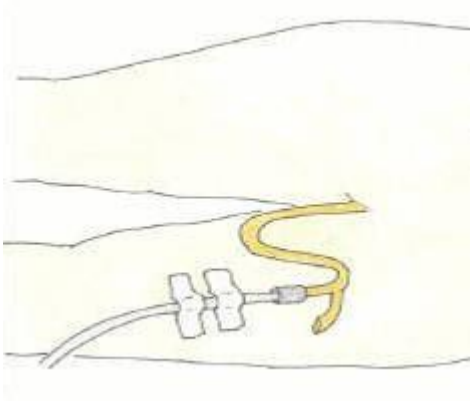


Figura: Fixação de SVD em pacientes do sexo feminino

Observações:

 A técnica de passagem do cateterismo vesical de alívio é a mesma do de demora;

 Desprezar a diurese do coletor sistema fechado quando a capacidade exceder 2/3 da capacidade domesmo(volume ≥1000ml);

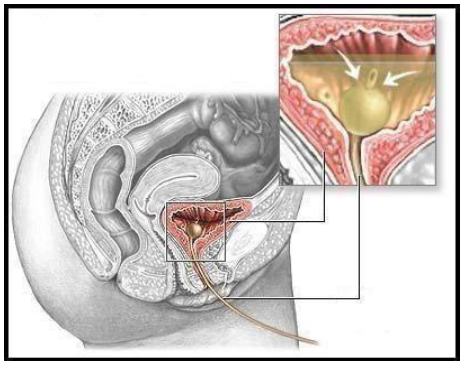
 Desprezar o volume de diurese das bolsas coletoras em horário padronizado independentedo volume existente, fazendo o registro do mesmo.

 A bolsa coletora deverá permanecer sempre abaixo do nível da bexiga;

 Não deixar a bolsa coletora tocar no chão;

 No caso de haver desconexão em qualquer parte do sistema fechado, a recomendação é para que todo material seja desprezado e outro procedimento de cateterismo seja realizado.





Em caso de obstrução, não é recomendado a realização de lavagem vesical, e sim a troca de todo o sistema fechado.

V. Siglas e Definições.

- **Cateterismo vesical:** consiste na introdução de um cateter estéril na bexiga, através da uretra com técnica asséptica, com a finalidade de drenar a urina. Tipos:

- **Cateterismo vesical de alívio:** não permanece no paciente. É usado para colher amostra estéril de urina destinada a exames, para esvaziar a bexiga do paciente antes e após cirurgias ou em casos de retenção urinária. Neste caso usa-se sonda uretral simples. Não é utilizado o coletor de sistema fechado. O cateter é retirado após o esvaziamento da bexiga.

- **Cateterismo vesical de Demora:** o cateter permanece mais tempo na bexiga para drenagem contínua ou intermitente de urina. Neste caso usa-se a sonda de folley. Os procedimentos invasivos à bexiga podem causar infecção e comprometimento dos ureteres e dos rins. Existe o cateter vesical de 3 vias para irrigação contínua com fins terapêuticos.

VI. Anexos

N.A

VII. Referências

CARMAGNANI, M.I.S. et al. Procedimentos de enfermagem: guia prático. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009. KOCH, R. et al. Técnicas Básicas de Enfermagem. 2.ed. Curitiba: Século XXI, 2004.

POP INT 004 – CONTROLE DA DOR

I. Objetivo

A Dor é um sintoma que acompanha, de forma transversal, a generalidade das situações patológicas que requerem cuidados de saúde. O controle eficaz da dor é um dever dos profissionais de saúde, um direito dos doentes que dela padecem e um passo fundamental para a efetiva humanização das Unidades de Saúde.O sucesso da estratégia terapêutica analgésica planeada depende da monitorização da dor em todas as suasvertentes.

A avaliação e registo da intensidade da dor, pelos profissionais de saúde, tem que ser feita de forma contínuae regular, à semelhança dos sinais vitais, de modo a otimizar a terapêutica, dar segurança à equipe prestadora de cuidados de saúde e melhorar a qualidade de vida do doente.

Indicações e contra-indicações:

- **Indicações:** Admissão do paciente; Antes e depois de procedimentos cirúrgicos; Antes e depois de um procedimento diagnostico invasivo; Alteração da condição física geral do paciente (como no aumento da intensidade da dor); Relato de sintomas inespecíficos, desconforto físico ou dor.
- **Contraindicações:** Crianças menores que 5 anos; pacientes impossibilitados de interagir com o examinador (ex: coma, efeito anestésico, etc).

II. Materiais

- Impresso; (Controle de Sinais Vitais - Unidades de Internação).
- Caneta
- Escala da Dor.

III. Abrangência

Setores assistenciais.

IV. Descrição dos Passos da Atividade

IV.I. Fundamentação

A dor define-se como uma experiência multidimensional desagradável, que envolve não só o componente sensorial como uma componente emocional da pessoa que a sofre. Por outro lado à dor associa-se, ou é descrita como associada, a uma lesão tissular, concreta ou

potencial. Constata-se, assim,que existe uma grande variabilidade na percepção e expressão da dor,frente a uma mesma estimulação dolorosa.

A Dor Aguda, a exemplos destas no período pós-operatório, pós-traumática, é, habitualmente, limitada no tempo. Em contrapartida, a Dor Crônica, por exemplo: neuropática, oncológica e fibromialgia que são permanentes e de difícil controle, podendo ocasionar sequelas incapacitantes.

No entanto, todos os tipos de dor induzem sofrimento evitável, frequentemente intolerável, refletindo-se negativamente na qualidade de vida dos pacientes. Com a criação do Plano Nacional de Luta Contra a Dor, estão sendo desenvolvidos e criados, por todo o país, Unidades de Tratamento de Dor, como recurso diferenciado para a abordagem desta sintomatologia.

Cabe mencionar que a Dor e os efeitos da sua terapêutica devem ser valorizados e sistematicamente diagnosticados, avaliados e registados pelos profissionais de saúde, como norma de boa prática e como rotina, altamente humanizante, na abordagem das pessoas, de todas as idades, que sofram de algum tipo de dor (aguda ou crônica).

Nestes termos, considera-se como normas de boas práticas, no âmbito dos serviços prestadores de cuidados de saúde:

- O registo sistemático da intensidade da dor.
- A utilização para mensuração da intensidade da dor, através da aplicabilidade de uma das escalas validadas internacionalmente: "Escala Visual Analógica" (convertida em escala numérica para efeitos de registo), "Escala Numérica", "Escala Qualitativa" ou "Escala de Faces".
- A inclusão da dor como o "quinto sinal vital" na folha de Balanço hídrico ou na folha de registo dos sinais e sintomas vitais é obrigatória, seu uso nos serviços prestadores de cuidados de saúde em espaço próprio para registo da intensidade da Dor. A intensidade e o manejo da dor deverá ainda constar nas evoluções e anotações técnicas no sistema.
- A verificação da dor deverá ser feita utilizando a escala de dor, padronizada na instituição, em todos os clientes hospitalizados e, principalmente, os que apresentarem dor aguda de repetição ou dor crônica, sendo essa avaliação necessária antes e após a aplicação do analgésico prescrito ou realização de procedimentos que causem dor.
- No verso do impresso de sinais vitais a enfermagem deverá registrar os valores referidos após a avaliação da escala de Dor, obedecendo os horários de avaliação a cada 4hs, se o paciente não queixar dor, apenas colocar "0" e assinar, caso queixa dor: pesquisar score de dor seguindo a tabela de EVA ou Escala Númérica conforme avaliação do estado de consciência/cognição do paciente do formulário em anexo;
- A mensuração deverá ser feita através dos escores que vão de 3 a 10. Escore maior que 7 é considerado inaceitável.

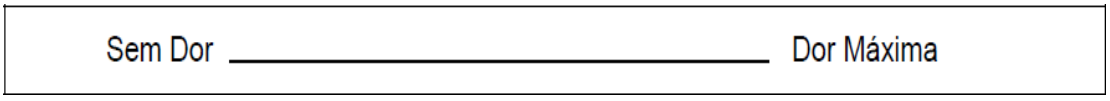
- Caso não tenha prescrição de medicamento conforme a dor mensurada, comunicar ao médico responsável.
- A anotação da dor referida deverá ser feita na Folha de Sinais Vitais, no campo denominado "Escala para avaliação da dor em (Valor/Reav.)", com os valores numéricos referentes à intensidade.
- Quando se fizer necessária intervenção medicamentosa para o controle da dor, esta deverá ser mensurada novamente após uma hora e proceder anotação na Folha de Sinais Vitais, no campo denominado "Conduta".
- A anotação na Folha de Sinais não substitui a anotação de Enfermagem no sistema que deverá conter os dados de início da dor, localização, intensidade, periodicidade dos episódios dolorosos e fatores de melhora ou piora, descrição da intervenção realizada e reavaliação.
- As medidas não-farmacológicas a serem utilizadas no controle da dor compreendem cuidados de enfermagem como: massagem e estimulação cutânea, terapias com gelo e calor, distração e relaxamento. Seu uso deverá ser concomitante com medidas farmacológicas, a fim de garantir sua eficácia e promover conforto ao cliente.
- A equipe de enfermagem ao realizar procedimentos que causem dor nos clientes, principalmente curativos, banho ou movimentação, deverá administrar analgesia prescrita pelo médico, com pelo menos 30 minutos de antecedência.
- Em caso de persistência da dor, deve-se adequar a intervenção ou solicitar avaliação médica.
- A analgesia administrada através de cateter peridural deverá ser realizada por médico anestesiologista.
- Notificar as não conformidades relacionadas a demora na entrega de medicamentos analgésicos pelo serviço da farmácia, que possa dificultar o processo de recuperação da dor do paciente.

IV.II. Regras de aplicação das escalas de avaliação da dor

- A avaliação da intensidade da dor pode efetuar-se com recurso a qualquer das escalas propostas;
- A intensidade da dor é sempre a referida pelo doente;
- À semelhança dos sinais vitais, a intensidade da dor registada refere-se ao momento da sua coleta.
- As escalas propostas aplicam-se a pacientes conscientes e colaborativos, com idade ≥5 anos. A escala utilizada, em um determinado paciente, deve ser sempre a mesma. Para uma correta

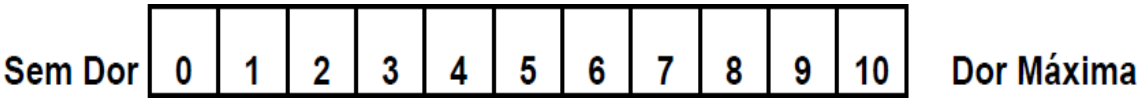
avaliação da intensidade da dor é necessária a utilização de uma linguagem comum entre o profissional de saúde e o paciente, que se traduz por uma padronização da escala a utilizar e pelo ensino prévio à sua utilização. É fundamental que o profissional de saúde assegure que o paciente compreenda, corretamente, o significado e utilização da escala utilizada.

IV.III. Escala Visual Analógica



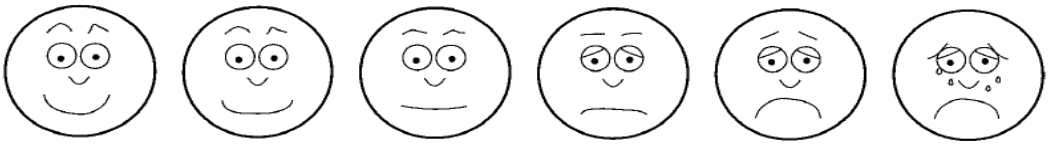
A Escala Visual Analógica consiste numa linha horizontal, ou vertical, com 10 centímetros de comprimento, que tem assinalada numa extremidade a classificação "Sem Dor" e, na outra, a classificação "Dor Máxima".
O paciente terá que fazer uma cruz, ou um traço perpendicular à linha, no ponto que representa a intensidade da sua dor. Há, por isso, uma equivalência entre a intensidade da dor e a posição assinalada na linha reta. Mede-se, posteriormente e em centímetros, a distância entre o início da linha, que corresponde a zero e o local assinalado, obtendo-se, assim, uma classificação numérica que será assinalada na folha de registo.

IV.IV. Escala Numérica



- A Escala Numérica consiste numa régua dividida em onze partes iguais, numeradas sucessivamente de 0 a 10. Esta régua pode apresentar-se ao paciente na horizontal ou na vertical. Pretende-se que o doente faça a equivalência entre a intensidade da sua dor e uma classificação numérica, sendo que a 0 corresponde a classificação "Sem dor" e a 10 a classificação "dor Máxima" (dor de intensidade máxima imaginável). A classificação numérica indicada pelo doente será assinalada na folha de registo.

IV.V. Escala de faces



0 (Sem Dor) **1** **2** **3** **4** **5 (Dor Máxima)**

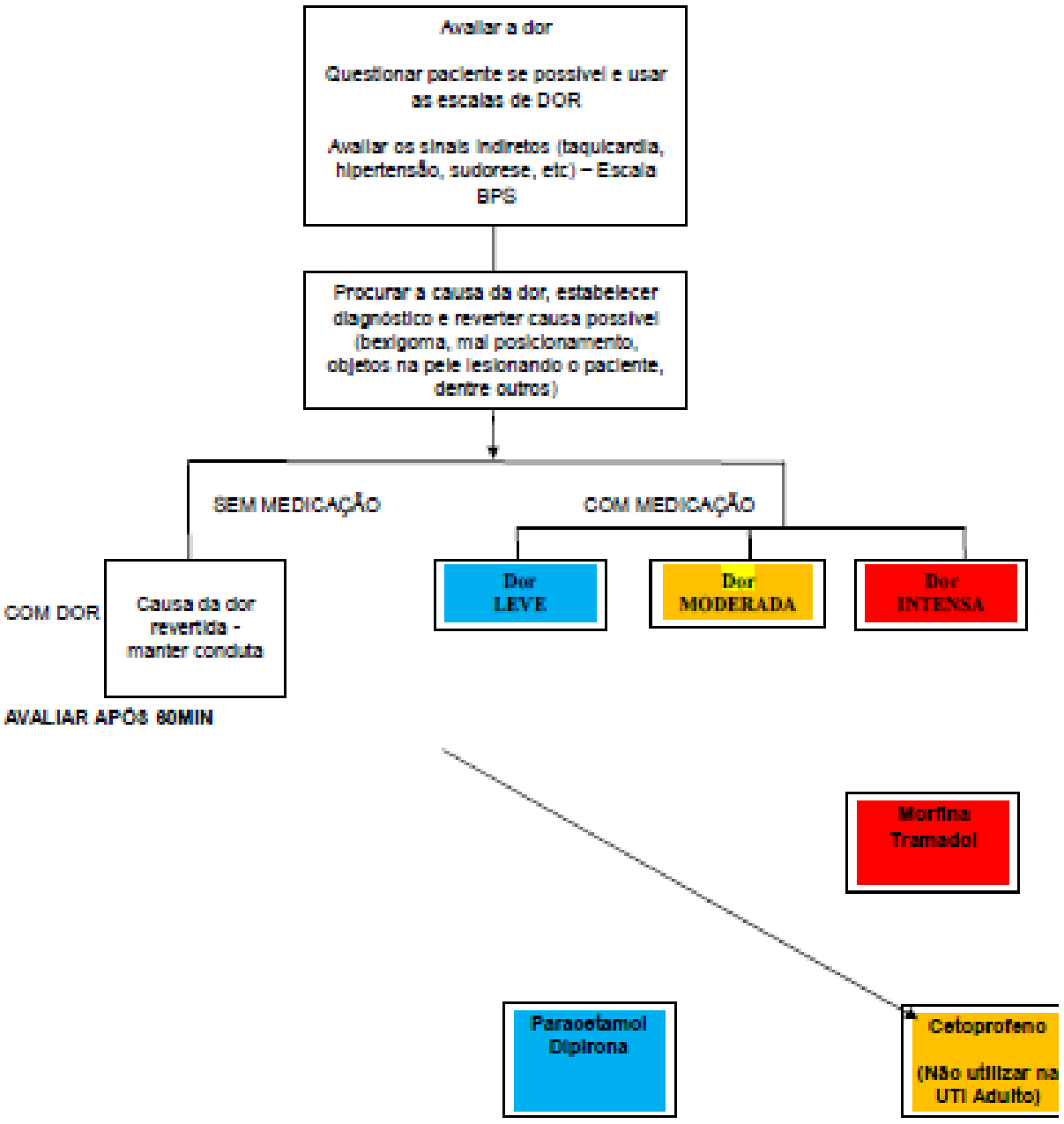
Na Escala de Faces é solicitado ao paciente que classifique a intensidade da "Dor" de acordo com a mímica representada em cada face desenhada, sendo que à expressão de felicidade corresponde à classificação "Sem Dor" e à expressão de máxima tristeza corresponde a classificação "Dor Máxima". Regista-se o número equivalente à face selecionada pelo paciente.

IV.VI. Planejamento da analgesia.

- Avaliar a intensidade da dor e a situação clínica (pós-operatório, queimadura, trauma);
- Determinar qual a melhor via de administração;
- Analgesia regional é possível? Métodos não farmacológicos? Tipo posicionamento;
- Método de administração (regular, demanda, venosa contínua, peridural intermitente, peridural contínua,controlada pelo paciente).

TRATAMENTOS ANALGÉSICOS OPIOIDES UTILIZADOS EM UNIDADE DE INTERNAÇÃO						
OPIOIDE	INÍCIO DA AÇAO	DILUIÇÃO	DURAÇÃO DA AÇÃO	DOSE (CONTÍNUA)	DOSE (ATAQUE)	VIA
MORFINA	3 MIN	SF 0,9%	3 A 6 HORAS	1-10 MG/H	2,5 A 15 MG	IV
TRAMADOL	20 A 30 MIN	SF 0,9%	3 A 7 HORAS	-	100 MG ATÉ 400MG/DIA	IV

FLUXOGRAMA DE AVALIAÇÃO E TRATAMENTO DA DOR



Avaliar a intensidade da dor e prescrever o medicamento que melhor se enquadra e evoluir no sistema.

Evolução da Dor no sistema:

Após a verificação do sinal vital da dor, o responsável por sua verificação deverá evoluir no sistema o início da dor colocando qual o valor encontrado na "Régua Controle

da dor" (vide Anexo 01 e 02) e após 60 minutos reavaliar a dor. Em caso de queixa excessiva do paciente, este tempo poderá ser reduzido de acordo com avaliação. Realizar a verificação a cada 4 horas.

V. Siglas e Definições.

- IV- Intra venoso;
- VO- Via oral;
- H-Hora
- SF- Solução Fisiológica:
- EVA- Escala Visual Analógica.
- UTI- Unidade de Terapia Intensiva.

VI. Anexos

Anexo 01



Anexo 02

HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS

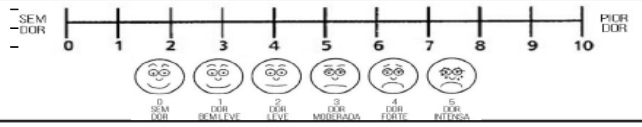
ENFERMAGEM

CONTROLE DE SINAIS VITAIS - UNIDADE DE INTERNAÇÃO

Data:

ESCALA PARA AVALIAÇÃO DA DOR

HORA	VALOR	CONDUTA	VALOR/REAV.	CONDUTA	ASS.
07h					
08h					
09h					
10h					
11h					
12h					
13h					
14h					
15h					
16h					
17h					
18h					
19h					
20h					
21h					
22h					
23h					
24h					
01h					
02h					
03h					
04h					
05h	–				
06h	–				



GLICEMIA CAPILAR

HORA	VALOR EM MG/DL	INSULINA R EM UI	ASS.
07h			
08h			
09h			
10h			
11h			
12h			
13h			
14h			
15h			
16h			
17h			
18h			
19h			

GLICEMIA CAPILAR

HORA	VALOR EM MG/DL	INSULINA R EM UI	ASS.
20h			
21h			
22h			
23h			
24h			
01h			
02h			
03h			
04h			
05h			
06h			

CARIMBO E ASSINATURA:

VII. Referências

http://www.aped-dor.org/images/documentos/dor_5_sinal_vital/Circular_Dor_5_Sinal_Vital.PDF LEAO, E.R; CHAVES, L.D. Dor 5° sinal vital. Curitiba: ed maio, 2004, 348p.

POTTER, P. A.; PERRY, A.G.; STOCKERT, P.; HALL, A. Fundamentos de Enfermagem. 9ªed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2018.

POP INT 005 – CONTROLE DOS SINAIS VITAIS

I. Objetivo

A realização dos sinais vitais (SSVV) faz parte do processo de avaliação do paciente para verificar a condição clínica do mesmo. As medidas avaliadas com maior frequência são : temperatura, pulso, pressão arterial (PA), frequência respiratória (FR) e saturação de oxigênio (SatO2). Estas indicam a eficiência da função circulatória, respiratória, neural e endócrina do organismo. A dor, um sintoma subjetivo,é denominada o quinto sinal vital e avaliada junto com os demais. Uma alteração nessas medidas, portanto, indicam a necessidade de intervenção médica ou de enfermagem.

A verificação dos SSVV auxiliam na determinação do diagnóstico de enfermagem, prognóstico e tratamento dos pacientes internados; a instrumentalizar a equipe de saúde em intervenções específicas, adequadas às alterações vitais e sinais e sintomas apresentados e; controle do estado de saúde dos pacientes.

II. Materiais

- Caneta;
- Impresso de registro (controle de Enfermagem);
- Álcool 70%;
- Algodão;
- Relógio com ponteiros de segundos;
- Esfigmomanômetro;
- Estetoscópio;
- Termômetro digital.

III. Abrangência

Unidades Assistenciais.

IV. Descrição dos Passos da Atividade

IV.I. PRESSÃO ARTERIAL

- Conceitos associados:
- Pressão sanguínea arterial: traduz a força que o sangue exerce sobre as paredes das artérias.
- Pressão arterial sistólica (PAS) ou máxima: ocorre durante a contração do ventrículo esquerdo (VE) e reflete aintegridade do coração,das artérias e arteríolas.

- Pressão arterial diastólica (PAD) ou mínima: ocorre durante o relaxamento do VE indicando diretamente aresistência dos vasos sanguíneos.
- Pressão de pulso: A diferença entre a PAS e PAD.
- Pressão arterial Média (PAM): PAM = PAS + 2x (PAD) ÷ 3.
- Medida em mmHg com esfigmomanômetro e estetoscópio nas artérias: braquiais, poplíteas e radiais.

VERIFICAÇÃO DA PRESSÃO ARTERIAL

- Pegar todo material necessário para realização do procedimento;
- Comunicar ao paciente o procedimento a ser realizado;
- Realizar higienização das mãos conforme orientações do SCIH;
- Colocar o cliente confortavelmente com o braço apoiado mantendo-o na altura do coração;
- Expor o braço retirando roupas que possam causar compressão;
- Colocar o manguito no terço inferior do braço com 2,5cm acima da fossa antecubital;
- Localizar e palpar o pulso radial;
- Insuflar o manguito até que não se sinta mais o pulso radial observando simultaneamente no esfigmomanômetroo valor em que o pulso parou e manter insuflado;
- Ajustar o estetoscópio aos ouvidos com as olivas voltadas para frente;
- Testar a membrana do diafragma do estetoscópio;
- Localizar a artéria braquial na fossa cubital e colocar o diafragma do estetoscópio sobre a mesma;
- Insuflar o manguito de 20 a 30 mmHg acima do valor em que o pulso radial parou de ser sentido;
- Abrir lentamente a válvula da pêra atentando-se para o surgimento dos primeiros sons (pressão sistólica) e parao abafamento do som ou o seu desaparecimento (pressão diastólica);
- Abrir totalmente a válvula esvaziando o manguito ate que o ponteiro do manômetro atinja o zero;
- Retirar o manguito;
- Deixar o cliente confortável;
- Higienizar as mãos conforme orientações do SCIH;
- Comunicar ao enfermeiro alterações conforme tabela de referência;
- Fazer os registros do prontuário e folha de registro.

Tabela: Classificação da pressão arterial para adultos maiores de 18 anos

Classificação	**PAS (mmHg)**	**PAD (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

IV.II. TEMPERATURA CORPORAL:

Conceito: é o reflexo entre o balanceamento entre o calor produzido e o calor perdido pelo corpo.

Para realizar a temperatura oral:

- Pegar todo material necessário para realização do procedimento;
- Comunicar ao paciente o procedimento a ser realizado;
- Higienizar as mãos conforme orientações do SCIH;
- Colocar o paciente em posição confortável;
- Fazer desinfecção do bulbo (região termossensível) para o corpo do termômetro por 30 segundos com álcool 70%;
- Colocar o bulbo do termômetro sob a língua da vítima, na bolsa sublingual posterior. Fazer com que o paciente mantenha o termômetro no local por 5 minuto com lábios fechados. O método oferece temperatura central e é indicado para aqueles que respiram pela boca com suspeita de infecção grave.
- Aguardar alarme sonoro;
- Retirar termômetro;
- Fazer leitura e anotar no registro de enfermagem;
- Variação normal esperada: 37 0C;

- Fazer desinfecção do termômetro;
- Recolher o material.

Para realizar a temperatura axilar:

- Pegar todo material necessário para realização do procedimento;
- Comunicar ao paciente o procedimento a ser realizado;
- Higienizar as mãos conforme orientações do SCIH;
- Colocar o paciente em posição confortável;
- Fazer desinfecção do bulbo (região termossensível) para o corpo do termômetro por 30 segundos com álcool 70%;
- Enxugar a axila do paciente;
- Colocar o termômetro na axila do paciente, de modo que o bulbo fique em contato direto com a pele;
- Dobrar o braço do paciente sobre o peito, colocando a mão sobre o ombro oposto pedindo ao paciente que comprima o braço de encontro com o corpo;
- Aguardar alarme sonoro;
- Retirar termômetro;
- Fazer leitura e anotar no registro de enfermagem;
- Variação normal esperada: 36 a 36,5°C;
- Fazer desinfecção do termômetro e recolher o material.

Para realizar a temperatura retal:

- Posicionar o paciente em decúbito lateral esquerdo;
- Introduzir o termômetro lentamente mais ou menos 3 cm com ânus lubrificado;
- Variação normal esperada: 37 a 37,5 ºC;
- Se apresentar resistência ao introduzir, comunicar ao médico e registrar no prontuário.
- Fazer leitura e anotar no registro de enfermagem;
- Fazer desinfecção do termômetro;
- Recolher o material.

OBS: Comunicar alterações conforme valores de referência.

Terminologia básica:

- Normotermia: temperatura corporal normal 36,1ºC a 37,4ºC;
- Afebril: ausência de febre;
- Febrícula ou estado febril: 37,5ºC ate 37,8ºC;
- Febre moderada: 37,9ºC até 38,9°C;
- Febre alta ou hipertermia: 39°C até 40°C
- Hiperpirexia: a partir de 40,1ºC;
- Hipotermia: temperatura abaixo do normal;
- Leve: 34°C até 36°C;
- Moderada: 30°C até 33,9°C;
- Acentuada: menor que 30°C.

Padões de febre:

- Sustentada: temperatura corporal constante acima de 38°C, com pouca flutuação;
- Intermitente: picos de febres intercalados com temperaturas normais (o valor atinge a normalidade pelo menos 1vez em 24 horas);
- Remitente: picos e quedas da temperatura sem retorno à normalidade;
- Recidivante: períodos de febre com períodos de normalidade com duração maior que 24 horas.

IV.III. VERIFICAÇÃO DE PULSO

Conceito: Pulso é a onda provocada pela pressão do sangue contra a parede arterial cada vez que o ventrículo esquerdose contrai.

PROCEDIMENTO:

- Comunicar ao paciente o procedimento a ser realizado;
- Higienizar as mãos conforme orientações do SCIH;
- Colocar o paciente em posição confortável;
- Manter o braço do paciente apoiado na cama;
- Colocar os dedos indicador e médio sobre a artéria escolhida, fazendo pressão, o suficiente para sentir apulsação (locais em figura ilustrativa);
- Contar o n° de pulsação durante 1min. atentar alterações: força, volume, ritmo e

frequência; respectivamente;

- Contar os batimentos durante um minuto;
- Repetir a contagem se necessário;
- Anotar valor no registro de enfermagem.



Pulso da Artéria Carótida



Pulso da Artéria Radial



Pulso da Artéria Pediosa



Pulso Artéria Femoral



Pulso da Artéria Braquial



Pulso Artéria Poplítea

Nomenclaturas e Índices de referência:

- Normocárdico: frequência normal (60 a 100bpm);
- Taquicárdico: frequência acima de 100bpm (Taquisfígmico - pulso acelerado);
- Bradicárdico: frequência está abaixo de 60bpm (Bradisfígmico - FC abaixo do normal).
- Pulso rítmico: intervalos entre os batimentos são iguais;
- Pulso arrítmico: intervalos entre os batimentos são diferentes;
- Pulso dicrótico: dá a impressões de que são 2 batimentos;
- Pulso filiforme: (fraco, débil) indicam redução da força e do volume.

IV.IV. **VERIFICAÇÃO DA RESPIRAÇÃO:**

Conceito: é o processo através do qual ocorre troca gasosa entre a atmosfera e as células do organismo.

PROCEDIMENTO:

- Explicar o procedimento ao paciente como se fosse mensurar frequência cardíaca;
- Higienizar as mãos conforme as orientações do SCIH;
- Colocar o paciente em posição confortável;
- Colocar os dedos sobre o pulso, como se fosse contar a fim de disfarçar a observação;

- Observar os movimentos de abaixamento e elevação do tórax. Os dois movimentos (inspiração e expiração)somam um movimento respiratório;
- Contar durante um minuto;
- Comunicar alterações ao enfermeiro quanto a frequência, profundidade e sons respiratórios, conforme valores etabela de referência;
- Anotar no registro de enfermagem.

A frequência respiratória pode variar com a idade:

- Adulto: 12 a 20 irpm;
- Adolescente: varia entre 16 a 20 irpm;
- Criança: varia entre 20 a 30 irpm;
- Lactente: varia entre 30 a 60 irpm.

Tipo	Característica	Causas Possíveis
Apnéia ou Biot	Ausência periódica de respiração, que interrompem a sequência de incursões respiratórias.	Obstrução mecânica das vias aéreas ou condições que afetem o centro respiratório (região lateral do bulbo).
Apnêustica	Respiração lenta e regular de igual profundidade (pausa na inspiração).	Lesões no centro respiratório.
Bradipnéia	Respiração lenta e regular de igual profundidade. Abaixo de 15 Irpm.	Padrão normal durante o sono. Condições afetando o centro respiratório: tumores, desordens metabólicas, descompensação respiratória: utilização de opióides e álcool.
Cheyne-Stokes	Respirações rápidas e profundas de 30 a 170 segundos, pontuados por períodos de apnéia durando 20 a 60 segundos.	Elevação da PIC, ICC grave, IR, meningite, dose excessiva de drogas ou remédios, anóxia cerebral.
Eupnéia	Ritmo e frequências normais.	Respiração normal.
Kussmaul	Respiração rápida (acima de 20 Irpm), profunda (suspiros) e trabalhosa sem pausa; interrompidas por curtos períodos de apnéia	IR ou acidose metabólica, em particular cetoacidose diabética.
Taquipnéia / Polipnéia	Respirações rápidas (acima de 20 Irpm), FR aumenta com a temperatura do corpo ao redor de 2 irpm para cada 2°C acima do normal.	PNM, alcalose respiratória compensatória, insuficiência respiratória, lesões do centro respiratório e intoxicações (ou envenenamento) por salicilatos.
Dispneia	Desconforto ao respirar, queixa de falta de ar.	Asma, bronquite, doenças abdominais, insuficiência cardíaca.

V. Siglas e Definições.

SSVV: Sinais Vitais

PRS: Procedimento Sistêmico.

SCIH: Serviço de Controle de Infecção Hospitalar.

VE :Ventrículo Esquerdo

VI. Anexos

N.A

VII. Referências

BRASIL; MINISTÉRIO DA SAÚDE. Cadernos de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica. 2013. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/hipertensao_arterial_sistemica_cab37.pdf

PERRY, A.G.; POTTER, P.A.; ELKIN, M.K. Procedimentos e intervenções de enfermagem. Elsevier Health Sciences,2013.

POTTER, P.A.; PERRY, A.G. Fundamentos de enfermagem. Elsevier Brasil, 2013.

SOUZA, VHS.; MOZACHI.; N. O Hospital – Manual do ambiente hospitalar. 6 ed. Curitiba: Editora Manual Real; 2005.

POP INT 006 – DESINFECÇÃO DE ALMOTOLIAS

I. Objetivo

Padronizar processo de realização da limpeza e desinfecção de almotolias para sua reutilização.

II. Materiais

- Luvas de Procedimento;
- Água;
- Sabão;
- Compressas;
- Saco plástico para transporte ou Contêiner;
- Kit termodesinfecção na Central de Material Esterilizado (CME).

III. Abrangência

Setores assistenciais.

IV. Descrição dos Passos da Atividade

- Lavar as mãos;
- Calçar luvas;
- Receber almotolias em saco plástico/contêiner devidamente identificados;
- Abrir saco plástico e retirar as almotolias;
- Se existente, desprezar o conteúdo residual;
- Lavar almotolia com água e sabão;
- Enxaguar abundantemente com água limpa;
- Retirar luvas e lavar mãos;
- Secar almotolias com compressas limpas exteriormente;
- O interior das almotolias deixar secar de forma espontânea;
- Enviar para área limpa;
- Encaminhar as almotolias para a termodesinfecção;
- Após procedimento encaminhar as almotolias processadas para os setores.

OBS: Todos os setores da unidade utilizam materiais processados e reprocessados pela Central de Material Esterilizado (CME) para o desenvolvimento de diversos procedimentos que necessitem de artigos estéreis, contando com a estrutura, profissionais e recursos desta unidade para tal. As almotolias processadas pela CME tem prazo de validade de 7 dias, depois

da abertura e início de sua utilização.

V. Siglas e Definições.

PRS: Procedimento Sistêmico;
CME: Central de Material Esterilizado.

VI. Anexos

N.A

VII. Referências

SOBECC. Práticas Recomendadas SOBECC / Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirurgico, Recupe-ração Anestésica e Centro de Material Esterilizado. 5ª edição. São Paulo: SOBEC, 2009.

POP INT 007 – DESINFECÇÃO DOS EQUIOPAMENTOS

I. Objetivo

Padronizar o procedimento de limpeza e/ou desinfecção dos equipamentos, reduzindo o índice de contaminação cruzada e prevenir colonização de bactérias multirresistentes, promovendo a segurança do profissional e do cliente.

II. Materiais

- Água;
- Sabão liquido;
- Químico OXIVIR
- Álcool 70%

III. Abrangência

Setores assistenciais.

IV. Descrição dos Passos da Atividade

Quadro drescritivo sobre o procedimento e a frequencia de realização do processo de limpeza e/ou desinfecção dosequipamentos.

Equipamento	Procedimento	Frequência
Respirador e Aparelhode Fototerapia	Realizar a desinfecção terminal do aparelho. Primeiramente, o serviço de higiene e limpeza é responsável pela limpeza em volta e nos pés do aparelho seguindo tais etapas: 1) realizar limpeza com compressa úmida com sabão líquido; 2) realizar limpeza utilizando apenas compressa úmida em água; 3) realizar a desinfecção com compressa e álcool a 70%. Posteriormente, o técnico de enfermagem deve realizar desinfecção da tela do aparelho com compressa seca e álcool 70%.	Após alta ou óbito dopaciente; Sempre que necessário.
Monitor, cabos, Válvulas de ar comprimido/ oxigênio	Realizar desinfecção do aparelho com compressa e álcool70%.	Após alta ou óbito dopaciente; Diariamente.

Suporte de Soro	Realizar a limpeza e desinfecção com compressa úmida com sabão líquido e após com compressa umedecida com álcool 70%.	Após alta ou óbito do paciente; Sempre quenecessário.
Bomba de Infusão Contínua (BIC)	Realizar desinfecção com uma compressa umedecida com álcool 70%; Etiquetar com rótulo específico, identificando quem realizouo procedimento e a data de validade da desinfecção. Responsabilidade: técnicos de enfermagem	Após alta ou óbito dopaciente; A cada 24hs (a noite).
Frasco de aspiração	Encaminhar os frascos para que a Central de Material e Esterilização (CME) realize o processo de desinfecção.	Após alta ou óbito do paciente; As Quartas-feiras (01 vez por semana)
Máscara total face e Ventilação não invasiva (VNI)	As máscaras deverão ser encaminhadas à CME comprotocolo de entrega e devolução;	Após alta ou óbito do paciente; Após finalização do procedimento.
Braçadeiras	Friccionar com álcool 70% com uma compressa úmida. Em caso de alta ou óbito,utilizar compressa úmida comágua e sabão, friccionar álcool 70% e retornar ao leito.	Diariamente; Após alta ou óbito do paciente
Geladeira	Conforme POP do setor.	A cada 7 dias, padronizado Aos domingos.
Vacuômetro	O frasco do vacuômetro é enviado para a CME paradesinfecção.	Após alta ou óbito dopaciente; A cada 7 dias

Incubadoras	Reunir o material necessário para a limpeza e encaminhar a incubadora ao expurgo; Retirar todas as partes removíveis da incubadora e realizar a limpeza com água e sabão; Proceder à limpeza das partes móveis de borracha e da estrutura de metal com compressa embebida em água e sabão, em movimento único; Após a limpeza da incubadora por completo, fazer asecagem com compressa limpa e remontar a incubadora; Utilizar conforme orientação em anexo a solução deOXIVIR; Identificar em etiqueta própria a data de realização da desinfecção, o prazo de validade e assinatura de quem realizou o procedimento. OBS: O RN é colocado em berço até que a limpeza seja efetivada. Cabe ao Enfermeiro supervisionar a limpeza; Disponibilizar a incubadora para uso no leito ou encaminhar a sala de equipamentos; Desprezar o material no expurgo; Organizar o expurgo e material; Retirar o avental impermeável e as luvas de procedimento; Lavar as mãos; Quebra de alguma peça da incubadora: comunicar a chefia e acionar o Setor de Engenharia Clínica.	O prazo de validade é de 7/7 dias. Mesmo estando em uso é realizada a desinfecção; O filtro da incubadora deverá ser trocado de 3/3 meses; Se houver alta ou óbito, a desinfecção é realizada mesmo antes do prazo de vencimento de desinfecção.

V. Siglas e Definições.

CME: Central de Material e Esterilização

SCIH: Serviço de controle de infecção Hospitalar

VI. Anexos

N.A

VII. Referências

Desinfecção de Equipamentos hospitalares. Brasil; 2012. [Acesso em 2012 jul 23]. Disponível em: http://www.resol.com.br/cartilha9/pdf/manual do funcionário.pdf.

POP INT 008 – FIXAÇÃO DE SONDAS E DRENOS

I. Objetivo

Padronizar os tipos de fixações utilizadas nos setores.

II. Materiais

- Gaze IV;
- Álcool 70%;
- Esparadrapo;
- Micropore;
- Luva de procedimento.

III. Abrangência

Todos os setores assistenciais da instituição.

IV. Descrição dos Passos da Atividade

.I. Fixação de Sonda Nasoentérica e Nasogástrica:

- Após o banho secá-la e trocar a fixação da face;
- A fixação deve estar sempre limpa e seca, evitando o desconforto para o paciente e odores desagradáveis;
- Higienizar as narinas do paciente com álcool à 70% nos casos de pele integra, e soro fisiológico em peles lesionadas, caso pele muito oleosa ou difícil fixação, utilizar benjoim e tomar cuidado para não tracionar a narina ao fixar a sonda, podendo causar lesões;
- Se necessário, restringir as mãos do paciente, para impedí-lo de retirar asonda, como pode ocorrer com doentes com demências, agitação psicomotora, quadros de confusão mental, etc., ver - Contenções – instalaçãoe cuidados;
- Utilizar o micropore diretamente na pele íntegra, por ser menos agressivo que o esparadrapo;
- Datar a fixação da sonda e identificar o nome do profissional de enfermagem que realizou.



Figura 1: Fixação de CNE

IV. II. Fixação dos drenos:

- O curativo de drenos deve ser mantido limpo e seco. Isto significa que o número de trocas está diretamente relacionado com a quantidade de drenagem;
- Se a incisão estiver limpa e fechada, o curativo deve ser mantido oclusivo por 24 horas e após este período poderá permanecer exposta e lavada com água e sabão;
- Sistema de drenagem aberta (ex: penrose ou tubulares), devem ser mantidos ocluídos com bolsa estéril ou com gaze estéril por 24 horas. Após este período, a manutenção da bolsa estéril fica a critério médico;
- Drenos de sistema aberto devem ser protegidos durante o banho;
- A fixação e o curativo do dreno deverão ser feitos com gaze estéril, micropore e/ou esparadrapo, colocando a data e identificando o nome do técnico de enfermagem que realizou.



Figura 2: Fixação de dreno

IV. III. Fixação de Sonda Foley de demora:

- Fixar a sonda com uma tira de micropore na coxa da paciente e outra tira por cima da sonda, a data do curativo deverá ser escrita em esparadrapo e sobreposta à fixação, trocar

após o banho, ou antes, S/N;

- No homem, fixar a sonda na região hipogástrica (profilaxia de fístulas uretrais). A finalidade de se colocar a sonda nesta posição é prevenir lesões, por dispositivo uretral, provocadas pela foley (tração).



Figura 3: Fixação de SVD em pacientes do sexo feminino e masculino.

V. Siglas e Definições

SVD: Sonda vesical de demora

CNE: cateterismo nasoentérico

Sonda: tubo flexível ou rígido introduzido em um canal, natural ou não, com a finalidade de extrair ou introduzir algum tipo de matéria (urina, alimentos, medicamentos);

Dreno: São materiais de plástico, metal ou borracha que tem por função permitir a saída ou retirar o excesso de fluidos, coleções ou gases que estão contidos dentro de um espaço ou cavidade através da pele ou de mucosas.

Cateter: instrumento tubular introduzido no organismo com fins de monitorização de funções vitais, remoção de líquidos, introdução de medicamentos e sangue, soros, etc.

VI. Anexos

N.A

VII. Referências

CARMAGNANI, M.I.S. et al. Procedimentos de enfermagem: guia prático. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009. OLIVEIRA, R.G; PEDROSO, E.R.P. Blackbook-Enfermagem. Belo Horizonte: Blackbook Editora, 2016.

SMELTZER, SC; BARE, BG. Brunner&Suddarth: Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica. Vol 2. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 2014.

NETTINA, M.S. Prática de Enfermagem. 6. Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007.

SOUZA, V.H.S.; MOZACHI, N. O Hospital – Manual do ambiente hospitalar. 6 ed. Curitiba: Editora Manual Real; 2005.

POP INT 009 – FLUXO DE DOAÇÃO DE LEITE HUMANO

I. Objetivos

Definir o fluxo de doação de leite e de seu destino.

II. Materiais

Formulário, luvas, touca, máscara, avental, pote de vidro estéril, compressa, caneta e fita adesiva, livro de registro.

III. Abrangência

CPN, Posto de Coleta de Leite Materno, Unidades de Internação, Unidade Neonatal, Lactário e DoadorasExternas.

IV. Descrição dos passos da atividade

- ✓ Receber no Posto de Coleta de Leite Humano as doadoras provenientes do CPN, Unidades de Internação, Unidade Neonatal (onde seus filhos estão internados) e doadoras externas atendidas no Pronto Atendimento Obstétrico;
- ✓ Encaminhá-la para local da coleta;
- ✓ Preencher o formulário de cadastro de doadora;
- ✓ Solicitar a lavagem das mãos da doadora;
- ✓ Paramentar a doadora para coleta com touca, máscara e luvas;
- ✓ Utilizar recipiente de vidro (com tampa) estéril;
- ✓ Após coleta, identificar o frasco com nome da doadora, data e horário de coleta;
- ✓ Registrar no livro, o nome da doadora, data e hora da coleta, assinatura da doadora e do profissional queacompanhou a ordenha do leite;
- ✓ Armazenar o leite na geladeira, destinada exclusivamente para tal, no posto de coleta;
- ✓ A colaboradora do lactário recolhe o leite junto ao formulário;
- ✓ Lactário faz a separação do leite doado para pacientes (Recém-nascidos) internados na Unidade Neonatal eencaminha para esta unidade de acordo com a dieta estabelecida por prescrição médica em mapapróprio;
- ✓ Acionar o Banco de Leite Humano para encaminhar o leite doado que não serão utilizados pela Unidade Neonatal, para posterior pasteurização de Parto Normal.

V. Anexos



JUIZ DE FORA
PREFEITURA

BANCO DE LEITE HUMANO

Cadastro de Doadora

DADOS CADASTRAIS

Nome: _____ Data Nascimento: _____

Cartão SUS: _____ Nº Prontuário: _____

Naturalidade: _____ Profissão: _____

Endereço: _____ Bairro: _____

Município/Estado: _____ CEP: _____

Ponto de Referência: _____

Contato(s): _____

Domiciliar? ( ) Sim ( ) Não Exclusiva? ( ) Sim ( ) Não Receptor: _____

País de Origem: _____ Resp. Pela Informação: _____

HISTÓRIA PREGRESSA

Local do Pré-Natal		
( ) Rede Pública	Instituição:	Telefone
( ) Rede Privada	Médico:	Telefone
( ) Não realizado Recebeu orientação sobre amamentação durante o pré-natal? ( ) Sim ( ) Não		

Peso na Gestação (Kg)		**Altura (m)**	**Idade Gestacional**		**Data do Parto**
Inicial:	Final:		Semanas:	Dias:	/ /

Exames Realizados

I. Referências

www.saude.gov.br/doacaodeleite

www.redeblh.fiocruz.br

POP INT 010 – GLICEMIA CAPILAR – PREPARO E CUIDADOS

I. Objetivo

Glicemia capilar é a coleta de sangue de capilares sanguíneos, através da perfuração cutânea por uma lanceta/agulha e a dosagem de glicose é verificada através de glicosímetros, que tem por objetivos proporcionar um resultado imediato da concentração de glicose nos capilares. É realizada em diferentes momentos do dia, para acompanhar e avaliar a eficiência do plano alimentar, dos hipoglicemiantes orais e insulinoterapia, assim como orientar as mudanças no tratamento. Outro objetivo é a garantia da eficácia e fidelidignidade dos valores apresentados pelos glicosímetros e sua correta calibração.

Para realização do procedimento a maioria dos glicosímetros requer punção, normalmente obtida de uma polpa digital, para obtenção de amostra de sangue capilar. Essa amostra é colocada em uma tira reagente de teste e o monitor apresenta o nível de glicose.

Devem ser monitorados: pacientes sabidamente diabéticos, gestantes, pacientes em jejum por tempo

≥4h, instabilidade hemodinâmica, pós-operatórios de grandes cirúrgias e pacientes em uso de terapia nutricional enteral ou parenteral.

II. Materiais

- Agulha de calibre 10x12, 13x4, 13X4,5 ou lanceta para glicemia;
- Glicosímetro;
- Chip para adequação de código do glicosímetro ao da caixa de fitas reagentes;
- Fita reagente (tira teste), específica ao modelo de glicosímetro utilizado;
- Gaze;
- Luva de procedimento;
- Bandeja.



III. Abrangência

Todos os setores assistênciais da instituição.

IV. Descrição dos Passos da Atividade

CUIDADOS COM O GLICOSÍMETRO E FITAS REAGENTES:

- Manter a limpeza e acondicionamento adequados do glicosímetro;
- Manter fitas reagentes na embalagem original, em lugar fresco, longe da exposição ao sol ou calor;
- Não usar fitas fora da validade e usar glicosímetro e fitas do mesmo fabricante;
- Inserir o chip que vem dentro da embalagem das fitas no glicosímetro: o visor do aparelho deverá mostrar omesmo código impresso do lado de fora da caixa de fitas;
- Ao término de uma embalagem de fitas, deve-se retirar o chip do aparelho, desprezá-lo e inserir o novo chip danova caixa de fitas.

REALIZAÇÃO DA GLICEMIA CAPILAR:

- Realizar a desinfecção da bandeja com alcool 70%;
- Separar, organizar e preparar o material na bandeja, no posto de enfermagem;
- Conferir a calibração do glicosímetro e o lote da fita;
- Dirigir-se ao paciente;
- Informar ao paciente e/ou acompanhante a respeito do procedimento a ser realizado;
- Realizar higienização das mãos;
- Calçar as luvas de procedimento;
- Anexo 01: Passos do procedimento e materiais necessários.
- Segurar a mão do paciente, pressionar o dedo escolhido para que proporcione o preenchimento capilar;
- Realizar a limpeza com gaze da área a ser puncionada (preferencialmente as bordas laterais da polpa digital,devido à menor sensibilidade a dor);
- Proceder a perfuração nas laterais da polpa do dedo com a agulha escolhida ou lanceta;
- Realizar uma pressão sobre a área perfurada para a formação da gota de sangue;
- Depositar a gota de sangue sobre a área reagente da fita;
- Colocar a fita reagente no glicosímetro e aguardar o tempo necessário para mensuração do resultado (geralmente ≤15 segundos);

- Pressionar o local com gaze para estancar o sangramento;
- Atenção para o esquema de correção conforme prescrição médica (Esquema representativo - ANEXO 02);
- Desprezar o material;
- Retirar as luvas;
- Higienizar as mãos, realizar a anotação de enfermagem e checar a prescrição médica;
- Comunicar ao enfermeiro resultados alterados e proceder com correção conforme prescrição médica.

V. Siglas e Definições.

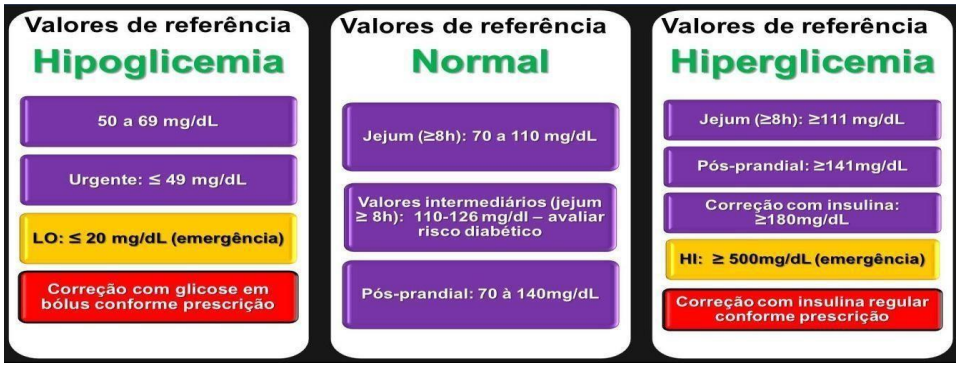
N.A

VI. Anexos

Anexo 01: Passos do procedimento e materiais necessários:



Anexo 02: Valores de referência e correções glicêmicas:



Anexo 03: Tipos de insulina:



	Inicio da ação	Pico da ação	Duração	Características da Insulina	Quanto tomar	Exemplos de insulina
Ação Rápida	15 a 30 min	2 a 3 horas	3 a 6 horas	Transparente	Antes das refeições	Humulin R, Novolin R
Ação Intermédia	2 a 4 horas	4 a 12 horas	12 a 18 horas	Leitosa e turva	Geralmente 2 vezes ao dia	Humulin NPH, Novolin NPH
Ação Lenta	1 a 2 horas	não tem	24 horas	Transparente	Geralmente 1 vez ao dia	Levemir, Lantus

VII. Referências

PERRY, A.G.; POTTER, P.A.; ELKIN, M.K. Procedimentos e intervenções de enfermagem. Elsevier HealthSciences, 2013.

BRASIL. BRASIL; MINISTÉRIO DA SAÚDE. Caderno de Atenção Básica-Diabetes Mellitus. 2013. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_pessoa_diabetes_mellitus_cab36.pdf

http://www.apdp.pt/index.php/diabetes/a-pessoa-com-diabetes/valores-de-referencia

POP INT 011 – IDENTIFICAÇÃO DE DETERIORAÇÃO CLÍNICA

I. Objetivos

- Realizar o atendimento precoce através da identificação dos sinais de deterioração;
- Reduzir a incidência de Paradas Cardiorrespiratórias;
- Utilizar as escalas de alerta para melhorar a comunicação interprofissional;
- Promover segurança e eficácia nos cuidados com o paciente.

II. Materiais

- Caneta;
- Computador;
- Formulário impresso;
- Carimbo;
- Equipamento de proteção individual (EPI) – luvas de procedimento, máscara, capote e óculos;
- Termômetro;
- Esfignomanômetro portátil ou com rodas;
- Oxímetro de pulso

III. Abrangência

Setores assistenciais.

IV. Descrição dos passos das atividades

INTRODUÇÃO

Para identificação de deterioração clínica do paciente, deve-se utilizar uma escala de alerta que possui a finalidade de identificar precocemente sinais de deterioração clínica do paciente, baseado em um sistema de atribuição de pontos (escores) aos parâmetros vitais. Sendo que, quanto mais distante dos parâmetros de normalidade maior será a pontuação.

Conhecer os resultados do protocolo de identificação de deterioração clínica, baseando no MEWS, PEWS e MEOWS se faz necessário para conhecer a realidade do setor, identificar as fragilidades e propor melhorias na assistência.

DESCRIÇÃO

O Pews é baseado em um sistema simples de pontuação agregada, no qual uma pontuação é atribuída aos parâmetros fisiológicos avaliados durante aferição dos dados vitais, além de sinais clínicos e critérios pré- estabelecidos. Na criança, os sinais de alerta para deterioração clínica podem já estar presentes ou surgirem de forma súbita. A identificação destes sinais e o atendimento precoce podem evitar a evolução para piora do quadroclínico vigente, o formulário esta no Anexo 2.

Formam a base do sistema de avaliação:

- Comportamento;
- Sistema cardiovascular
- Sistema respiratório

Além desses, uma pontuação de 2 pontos deve ser adicionada para qualquer paciente que necessite de uso de nebulizador/espaçador com frequência a cada 15 minutos ou vômitos persistentes em pacientes pós- cirúrgicos.

Além dos parâmetros acima, devem ser avaliados: perfusão capilar, cor do leito da unha e esforço respiratório. A escala está parametrizada na tela de sinais vitais e deve ser aplicada junto com a aferição dos sinais vitais, que devem ser preenchidos em campo próprio. Para finalizar a aplicação da escala, clicar no ícone Pews, selecionar a faixa etária do paciente em avaliação, onde irão aparecer os outros parâmetros que ainda não foram verificados. Ao terminar de preencher todos os campos, a soma do resultado do escore é automática. De acordo com a pontuação encontrada, as ações devem seguir o fluxo de atendimento estabelecido para cada escore.

O Meows (Anexo 3) é o sistema de avaliação modificado para pacientes obstétricas que pode ser utilizado até a 6º semana pós-parto, período em que a maioria das doenças relacionadas à gestação estão resolvidas. Avaliação consiste em: Frequência respiratória; Saturação de O2; Temperatura (ºC); Pressão arterial sistólica; Frequência cardíaca; Nível de consciência; Dor; Débito urinário; Lóquios.

A Escala de MEWS, PEWS e MEOWS permite uma melhor comunicação, oferece autonomia profissional aos enfermeiros e equipe multiprofissional proporcionando direcionamento de condutas conforme os valores obtidos (Scores), referentes a necessidade de acompanhamento e frequência de realização de controles de sinais vitais e ou acionamento de profissional médico para reavaliaçãol e planejamento de assistência ou mudança de conduta. O registro no prontuário eletrônico deverá ser realizado imediatamente após a aferição dos sinais vitais.

O MEWS é baseado nos cinco parâmetros vitais ou fisiológicos:

- Nível de consciência (SNC);
- Frequência cardíaca (FC);
- Pressão arterial sistólica (PAS);
- Frequência respiratória (FR);
- Temperatura (temp.).

ESCORE	3	2	1	0	1	2	3
Respiração		<9		9-14	15-20	21-29	>29
Pulso		<40	41-50	51-100	101-110	111-129	>129
Pressão Sistólica	<70	71-80	81-100	101-199		>199	
Temperatura		<35		35-38,4		>38,4	
Nível de Consciência				Alerta	Reativo a voz	Reativo a dor	Não Responsivo

CONDUTAS:

Score: 0: (CÓDIGO BRANCO)

- Reavaliar de 6/6 horas;

Score: 1 - 3: (CÓDIGO VERDE)

- Avaliação do enfermeiro;
- Considerar acionamento do do Médico Internista , após avaliação da equipe de enfermagem;
- Revisar Plano de Cuidado (Verificar dispositivos e utilização de O2 suplementar);
- Reavaliar após 1H. Manter monitorização mínima a cada 6h/6h;
- Caso mantenha ou aumente escore - acionar médico INTERNISTA/ANESTESIOLOGISTA.

Score: 4-5: CÓDIGO AMARELO

- Avaliação do enfermeiro (Observação: Acionar CÓDIGO AMARELO, verificar se acesso está pérveo,oxigenioterapia ,monitorização , encaminhar CE para próximo do leito);
- Avaliação urgente do médico (até 30 minutos)-Após estabilização e ou conduta inicial (Prescrição decuidados);
- Reavaliar de hora em hora até definição do novo Plano de Cuidado;
- Monitorar medidas iniciais;
- Considerar transferência para UTI (Comunicar à UTI verificando disponibilidade de leito e preparo domesmo);

• Revisar Plano de Cuidado;

• Reavaliar após 1h. Manter monitorização mínima a cada 3h;

• Caso mantenha ou aumente escore - acionar médico INTERNISTA/ANESTESIOLOGISTA;

Score: Acima de 6: CÓDIGO AZUL

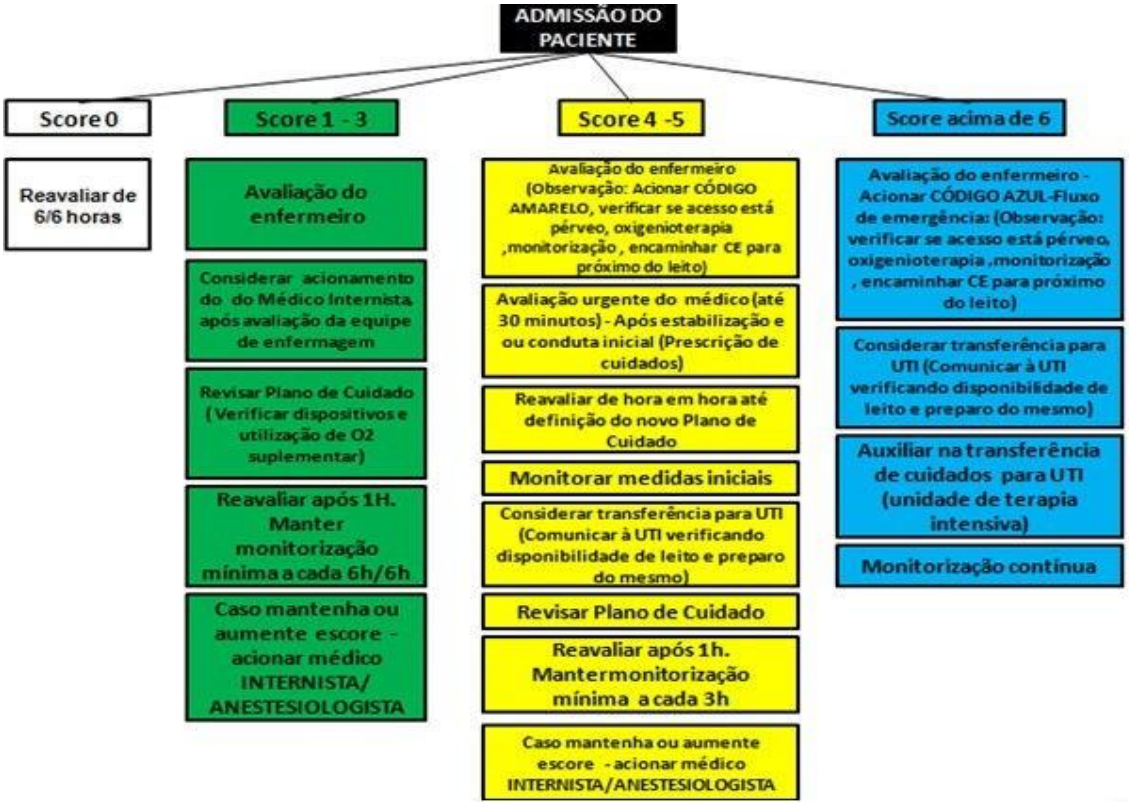
• Avaliação do enfermeiro - Acionar CÓDIGO AZUL-Fluxo de emergência: (Observação: verificar se acesso estápérveo, oxigenioterapia,monitorização, encaminhar CE para próximo do leito);

• Considerar transferência para UTI (Comunicar à UTI verificando disponibilidade de leito e preparo domesmo);

• Auxiliar na transferência de cuidados para UTI (unidade de terapia intensiva);

• Monitorização contínua.

FLUXOGRAMA:



O enfermeiro poderá acionar o código amarelo conforme mudanças agudas no estado geral do paciente:Comprometimento respiratório:

Diminuição aguda da Saturação de O2 para < 90%;

Mudança da Freqüência Respiratória para < 8 rpm ou > 28 rpm.

Comprometimento circulatório:

Diminuição da pressão arterial sistólica para <- 90 mmHg;

Aumento da pressão arterial sistólica para > 180 mmHg associado a sintomas;

Mudança da Freqüência cardíaca para < 40 bpm ou > 130 bpm.

Comprometimento neurológico:

Rebaixamento do nível de consciência

Convulsão

Sinais Focais súbitos

Seriamente preocupado com o estado geral do paciente:

Paciente refere "não estar bem" ou sentir "algo errado".

Mudança de cor, umidade e diminuição da temperatura nas extremidades do paciente (extremidades pálidas, acinzentadas, úmidas ou cianóticas).

Situação que envolva distúrbio de pensamento, sentimentos ou ações que acarrete risco significativo para o paciente ou para outros, necessitando de intervenção imediata, caracterizando emergência psiquiátrica.

Queda com (ou potencial) de dano **moderado ou grave**. (são exemplos de queda com dano moderado ou grave: queda com TCE, perda da consciência, incapacidade de mobilidade ou mobilidade prejudicada após a queda, ou seja, situações cuja conseqüência da queda colocar em risco a segurança do paciente.

Nesse momento, a avaliação do enfermeiro é fundamental).

Observação: nos casos de queda com dano ausente ou leve o enfermeiro comunicará o médico do paciente (titular ou assistente) sobre a ocorrência da queda; na impossibilidade deste proceder a avaliação, a enfermeira comunicará o médico internista, através da recepção ou celular próprio de acordo com escala disponibilizada no setor, sobre a ocorrência da queda e a necessidade da avaliação do paciente em até duas horas após a queda, conforme descrito no documento "Protocolo de prevenção de queda".

Critérios de Acionamento do Código Amarelo na SRPA:

Pacientes que atenderem aos critérios acima citados devem ser avaliados pelo anestesista responsável, na ausência do mesmo a enfermagem local deve acionar o Código Amarelo direto, sem avaliação prévia do médico. Na presença do anestesista este deverá acionar o Código Amarelo se em 20 minutos não estabilizar o paciente.

ATRIBUIÇÕES DO ENFERMEIRO:

• Aplicar a escala de Mews em todo paciente que for adimitido no setor por transferencia interna/externa, admissão eletiva e pacientes em pós-operatório;

• Realizar a avaliação utilizando técnica de avaliação física: Inspeção, palpação, percursão e ausculta do cliente/usuário;

• Identificar uma possível alteração e registrar no sistema;

• Anotar na escala de MEWS os valores dos sinais vitais correspondentes ao calculo dos scores indicando as condutas a serem tomadas;

• Prover materiais necessários para serem adotadas as condutas subsequentes à avaliação;

Considerar reavaliação e orientação da equipe quanto a esta frequência;

• Encaminhar carrinho de urgência e acionamento de médico internista/anestesiologista e auxiliar na assistência ao paciente junto à equipe multiprofissional;

• Realizar os registros de assistência e condutas necessárias, assinar e carimbar.

ATRIBUIÇÕES DO TÉCNICO DE ENFERMAGEM:

• Realizar e registrar os sinais vitais no momento da admissão do paciente/cliente no setor;

• Comunicar ao enfermeiro o quadro clínico em que o paciente se encontra;

• Providenciar materiais necessários para prestar a assistência em prontidão ao paciente;

• Verificar perviabilidade de acesso venoso periférico e suporte ventilatório;

• Auxiliar no atendimento às necessidades do paciente durante as intercorrências ;

• Realizar condutas estabelecidas pelos Score conforme frequência orientada de verificação de sinais vitais;

• Registrar assistência prestada.

ATRIBUIÇÕES DO TÉCNICO DE ENFERMAGEM NA SRPA:

• Realizar, registrar os sinais vitais no momento da admissão do paciente/cliente pós operatório imediato na SRPA no sistema;

• Gerar relatório do formulário de Mews, transcrever sinais vitais , assinar e carimbar;

• Comunicar ao enfermeiro alterações e valor de da escala aplicada de MEWS;

• Providenciar materiais necessários para prestar a assistência em prontidão ao paciente;

• Verificar perviabilidade de acesso venoso periférico e suporte ventilatório;

• Auxiliar no atendimento às necessidades do paciente durante as intercorrências ;

• Realizar condutas estabelecidas pelos Score conforme frequência orientada de verificação de sinaisvitais;

• Manter observação rigorosa de acordo com Score.

FERRAMENTA QUE AUXILIA NA TRANSIÇÃO DE CUIDADOS DOS PACIENTES: MÉTODO: SBAR

O SBAR é uma ferramenta utilizada para melhorar as trocas de informações a partir da estruturação da comunicação entre a equipe multidisciplinar. Possui o objetivo de garantir que as informações sejam eficientemente comunicadas entre as equipes de assistência durante as transferências internas.

Visando atingir uma comunicação precisa, clara, concisa, completa e uniforme, a ferramenta SBAR será padronizada para essa comunicação, baseando-se:

Situação

Background

Avaliação

Recomendação

Sendo que:

Situação: Um relato conciso da situação atual. Sinais vitais do paciente. Preocupação do Staff.

Base do Cenário (Background): Informações pertinentes do caso do paciente. História prévia. HipóteseDiagnóstica. Estado mental. Suporte ventilatório.

Avaliação: Análise e estratificação do caso. Fornece dados reais para o suporte da tomada de decisão.

Riscos. Alergias. Ultimas medicações administradas. Utilização de dispositivos invasivos.

Recomendação: Recomenda ações. Sugestão de equipe responsável pela transferência em relações asprovidencia iniciais ao receber o paciente.

A Enfermagem deverá deixar prontuário e prescrição separadas no posto de enfermagem. Deverá comunicar ao médico quando chegar ao setor as seguintes

informações, seguindo metodologia SBAR:

- **Situação**: causa de acionamento do profissional médico;
- **Background**: diagnóstico de internação e antecedentes mórbidos do paciente;
- **Avaliação**: deverão ser verificados os seguintes sinais vitais:
- PA;
- FC;
- FR;
- Oximetria;
- Glicemia capilar;
- Nível de consciência: alerta, sonolento ou inconsciente;
- ECG e monitorização cardíaca a critério do Enfermeiro ou Médico.

Recomendação: solicitação da Enfermagem ao Médico de acordo com a intercorrência e orientações de condutas.

Deverá ser preenchida o formulário de MEWS/Código Amarelo (Anexo 1), que deverá ser anexada ao prontuário. Uma cópia da ficha deverá ser encaminhada a Sala da Coordenação de enfermagem para elaboração de indicadores.

V. Siglas e Definições

EPI: Equipamento de proteção individual;

MEWS: Modified Early Warning Score;

MEOWS: Modified Early Obstetrics Warning Score;

PEWS: Pediatric Early Warning Escore;

UTI: Unidade de Terapia intensiva;

CE: Carrinho de emergência;

PA: Pressão Arterial;

FC: Frequência Cardíaca;

FR: Frequência respiratória;

ECG: Eletrocardiograma**;**

SRPA: Sala de Recuperação Anestésica**;**

TCE: Traumatismo Crânio Encefálico;

RPM: Respiração Por Minuto**;**

BPM: Batimento por minuto.

VI. Anexos

Anexo 1: Formulário Escala de Mews

TÍTULO: Escala de MEWS

HMTJ ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE HOSPITAL MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS

CÓDIGO: AMARELO

Paciente:	TESTE 3						
Prontuário:	15	Cod. atend.:	17	Data Nasc.:	01/01/2000	Idade:	19 anos
Data Ent.:	08/02/2019	Hora Entr:	1014	Leito:	zTESTE	Tipo atend.:	INTERNO

Avaliação de Risco		Registro de Sinais Vitais
FREQUÊNCIA CARDÍACA (bpm)	14 a 50	bpm
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (irpm)	10 - 14	irpm
PRESSÃO ATERIAL SISTÓLICA (mmHg)	71 - 80	mmHg
NÍVEL DE CONSCIÊNCIA	CONFUSO	
TEMPERATURA (º C)	35,1 - 37,8	º C

REAVALIAR EM: Reavaliar de 1/1 horas

ORIENTAÇÕES:
Avaliação do enfermeiro (Observação: Acionar CÓDIGO AMARELO, verificar se acesso está pérveo, oxigenioterapia ,monitorização , encaminhar CE para próximo do leito);
Avaliação urgente do médico (até 30 minutos)-Após estabilização e ou conduta inicial(Prescrição de cuidados);
Reavaliar de hora em hora até definição do novo Plano de Cuidado;
Monitorar medidas iniciais;
Considerar transferência para UTI (Comunicar à UTI verificando disponibilidade de leito e preparo do mesmo);
Revisar Plano de Cuidado;
Reavaliar após 1h. Manter monitorização mínima a cada 3h;
Caso mantenha ou aumente escore - acionar médico INTERNISTA/ANESTESIOLOGISTA;

Data/Hora: 08/10/2019 11:52

TOTAL: 4

Ass: _____

TESTE MÉDICOS

Anexo 2: Formulário Escala de Pews

ORGANIZACÃO SOCIAL DE SAÚDE	HMTJ ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE HOSPITAL MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS
PEDIATRIA	
Título: Protocolo de PEWS (Pediatric Early Warning Score)	
Paciente: Data: Hora:	

COMPONENTES	0	1	2	3	ESCORE PARCIAL
NEUROLÓGICO	Ativo	Sonolento/hipoativo	Irritado	Letárgico/Obnubilado ou resposta reduzida à dor	
CARDIOVASCULAR	Corado ou tempo de enchimento capilar (TEC) 1-2 seg	Pálido ou TEC de 3 seg ou FC acima do limite superior para a idade	Moteado (semelhante a mármore) ou TEC 4 seg ou FC ≥ 20 bpm acima do limite superior para a idade	Acinzentado/Cianótico ou TEC ≥5 seg ou FC FC ≥ 30 bpm acima do limite superior para a idade ou bradicardia para a idade	
RESPIRATÓRIO	FR normal para a idade, sem retração	FR acima do limite superior para a idade, uso de musculatura acessória	FR ≥ 20 irpm acima do limite superior para a idade	FR ≤ irpm abaixo do limite inferior da idade, retrações subcostais e intercostais	
Adicionar 02 pontos extras se recebeu nebulização há 15 min ou vômitos persistentes após a cirurgia					
				ESCORE FINAL	

Avaliação dos resultados:

0-2 (verde) – sem urgência
3 (amarelo) – necessita de avaliação médica
5 (laranja) – atendimento médico o mais rápido possível
>5 (vermelho) - atendimento médico imediato

Enfermeira:_____

Proibido Reproduzir	Referência:	Página 1 de 01

Anexo 3: Formulário Escala de Meows

ORGANIZACÃO SOCIAL DE SAÚDE	HMTJ ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE HOSPITAL MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS
CENTRO DE PARTO NORMAL	
Título: Protocolo de MEOWS (Modified Early Warning Score)	
Paciente: Data: Hora:	

	3	2	1	0	1	2	3	ESCORE PARCIAL
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA	≤10			11-19	20-24	25-29	≥30	
FREQUÊNCIA CARDÍACA		<40	40-49	50-99	100-109	110-129	≥130	
DÉBITO URINÁRIO ML/H	<10	<30		NÃO MENSURADO				
TEMPERATURA		<35,0	35-35,9	36-37,4	37,5-37,9	38-38,9	≥39	
PRESSÃO SISTÓLICA	≤69	70-79	80-89	90-139	140-149	150-159	≥160	
PRESSÃO DIASTÓLICA			≤49	50-89	90-99	100-109	≥110	
NÍVEL DE CONSCIÊNCIA				ALERTA	RESPONDE ESTÍMULO VERBAL	RESPONDE ESTÍMULO DE DOR	INCONSCIENTE	
							ESCORE TOTAL	

Resultado/avaliação:
1-3 - Avaliação médica de 30-60 min.
≥4 – Avaliação médica a cada 30 min, registrar saturação, iniciar monitoração fetal.
≥6 – Comunicar imediatamente o médico obstetra e anestesista para avaliação da gestante, considerar encaminhamento para Unidade de Terapia Intensiva (UTI).
Paciente piorar/deterioração clínica/não responde ao tratamento – solicitar urgente obstetra, anestesista e pediatra.

Assinatura do Enfermeiro: _____

Proibido Reproduzir	Referência:	Página 1 de 01

VII. Referências

Royal College of Physicians. National Early Warning Score (NEWS): Standardising the assessment ofacute- illness severity in NHS. Report of working party. London: RCP.

Moon A, Cosgrove JF, Lea D, Fairs A, Cressey DM. An eight year audit before and after the introduction of modified early warning score (NEWS) charts, of patients admitted to tertiary referral intensive care unit afterCPR. Resuscitation 2011: 82: 150-4.

Lam TS, Mak PSK, Siu WS, Lam MY, Cheung TF, Rainer TH. Validation of Modified Early Warning Score(MEWS) in emergency department observation ward patients. Hong Kong J. emerg. Med. 2006; 13: 24- 30.

Hammond NE, Spooner AJ, Barnett AG, Corley A, Brown P, Fraser J. The effect of implementing a modified early warning scoring (MEWS) system on adequacy of sign documentation. Australian Critical Care 2013; 26: 18-22.

Alam N, Hobbelink EL, van Tienhoven AJ, van de Ven PM, Jansma EP, Nanayakkara PWB. The impact ofthe use of the Erly Warning Score (EWS) on patient outcomes: A systematic review. Resuscitation 2014; 85: 587- 594.

Fullerton JN, Price CL, Silvey NE, Brace SJ, Perkins GD. Is the Modified Early Warning Score (MEWS) superior to clinician judgment in detecting critical illness in the pre-hospital environment? Resuscitation 2012;83:557-562.

POP INT 012 – IRRIGAÇÃO VESICAL – PREPARO E CUIDADOS

I. Objetivo

Irrigação vesical é a lavagem da mucosa que reveste a bexiga, com o objetivo de remover sedimentos, coágulos, urinaem decomposição e para fins terapêuticos.

II. Materiais

- Cateter vesical de demora com Foley (03 vias) já instalada;
- Equipo de soro para a irrigação;
- SF 0,9% 1000ml;
- Tree Way;
- Suporte para soro;
- Luva de procedimento;
- Impresso padronizado.

III. Abrangência

Todos os setores assistenciais da instituição.

IV. Descrição dos Passos da Atividade

- Reunir o material;
- Orientar o paciente e acompanhante sobre o procedimento;
- Lavar as mãos e calçar as luvas;
- Preparar a solução;
- Pendurá-la no suporte de soro a uma altura superior a 50cm do paciente;
- Verificar a sonda foley de três vias;
- Conectar o equipo de irrigação ao SF 0,9% e a outra extremidade ao Tree Way e terceira via da foley de trêsvias;
- Controlar o gotejamento conforme prescriçãomédica;
- Controlar a quantidade de líquido infundido com odrenado;
- Retirar as luvas de procedimento e lavar as mãos;

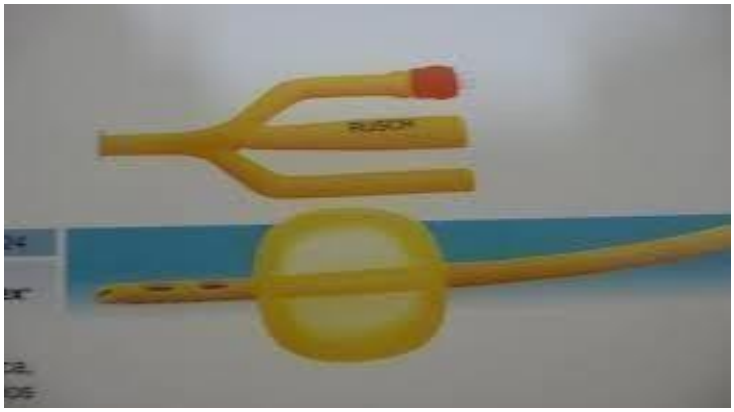
- Anotar no impresso padronizado (Anexo 01) a quantidade do liquido infundido e drenado na bolsa
- coletora;
- Evoluir no sistema RM o procedimento realizado e a quantidade de liquido infundido e drenado na bolsa coletora.

OBSERVAÇÕES:

- O procedimento de irrigação vesical é o mesmo para o cateterismo vesical (PRS ENF 016 - CATETER VESICAL DE ALIVIO E DEMORA - IMPLANTAÇÃO E CUIDADOS);
- Pedir o paciente que ajude a observar quando acabar a água ou o soro;
- A troca do frasco de SF0,9% deve ser feita antes do término do frasco anterior, para evitar obstrução da sonda.
- A diurese deve ser desprezada da bolsa coletora, quando o volume estiver com 2/3 da capacidade total e ao termino de frasco de SF0,9%, considerando a necessidade de fazer o balanço entre o volume infundido e drenado.
- O preenchimento da planilha de Controle de Irrigação Vesical inclui o volume infundido, o volume drenado.
- Deve-se atentar para sinais de obstrução como distensão abdominal, dor, e não drenagem na bolsa coletora.Comunicar ao médico, realizar medidas para desobstrução e registrar o ocorrido.
- Prescrito para retirar a irrigação vesical, o procedimento deve ser estéril, e após a assepsia da conexão deveser colocado uma tampa para oclusão da terceira via da sonda.
- O equipo de soro deve ser trocado de acordo com as recomendações do CCIH, a cada 72 horas.
- Solicitar que o paciente e seus familiares avise a equipe de enfermagem quando o frasco de soro acabar, paraque seja realizado a reposição.
- Esvaziar a bolsa coletora sempre que a mesma estiver cheia, do contrário, o paciente terá muita cólica.

V. Siglas e Definições.

IRRIGAÇÃO VESICAL - É a irrigação contínua da bexiga com a finalidade de lavá-la e limitar a multiplicação demicrorganismos. Para isso, é necessário que o paciente esteja cateterizado com uma sonda de 3 vias, onde: 1ª via - insuflação do balão com água destilada; 2ª via - conectar bolsa coletora; 3ª via - irrigação contínua.



SONDA FOLEY (3 VIAS)

VI. Anexos

Anexo 01 - Planilha de Controle de Irrigação Vesical.

ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE	HMTJ ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE HOSPITAL MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS
SETORES ASSITENCIAIS	
Título: Planilha de irrigação vesical	

Paciente: _____

Prontuário: _____ Leito: _____

Data: ____/____/____ Assinatura do técnico de enfermagem: _____

Número da troca	Hora do Início	Volume Infundido	Hora do Termino	Volume Drenado	Volume Total - / +	OBS	Assinatura
Volume total do balanço: _____				Assinatura enfermeiro responsável pelo fechamento:			

Atenção: Positivo (+) quando o paciente está retendo líquido e negativo (-) quando elimina a mais do que o infundido.

VII. Referências

CARMAGNANI, M.I.S. et al. Procedimentos de enfermagem: guia prático. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

KOCH, R. et al. Técnicas Básicas de Enfermagem. 2.ed. Curitiba: Século XXI, 2004. LECH, J. (org). Manual deProcedimentos de Enfermagem. São Paulo: Martinari, 2007.

NETTINA, M. S. Prática de Enfermagem. 6. Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007

VOLPATO, A. C. B.; PASSOS, V. C. S. Técnicas Básicas de Enfermagem. 3.ed. São Paulo: Martinari, 2009. p.193-197.

POP INT 013 – LINHA DE CUIDADO MULTIDICIPLINAR

I. Objetivos

Avaliação multiprofissional de pacientes que preenchem critérios para hospitalização de longa permanência ou alta para domicilio, permitindo, assim, um planejamento para alta hospitalar segura. Tais critérios se dão através da avaliação do grau de dependência do paciente (Fugulin) acima do score de 21 pontos, tempo de internação maior que 20 dias. E através da avaliação da coordenadora do grupo de clínica médica.

II. Materiais

Impressos, caneta, computador.

III. Abrangência

Unidade de Internação

IV. Descrição dos passos da atividade

As reuniões ocorrem semanalmente as terças -feiras, às 13:30horas, na sala 116, nas dependências do HMTJ.

Participantes:

- Médico(a) coordenador(a) da Clínica Médica ;
- Médico(a) Residente envolvido no atendimento do paciente;
- Enfermeiro(a) coordenador do setor
- Enfermeiros(as) dos setores;
- Comissão de Curativos
- Fisioterapeuta;
- Nutricionista;
- Psicólogo;
- Farmacêutico;

- Assistente social;
- Fonoaudióloga:

A discussão dos casos elegíveis para a linha de cuidado será conduzida pelo coordenador(a) médico.
É elaborado um plano de ação multiprofissional que permite determinar o período, o destino e as necessidades para a alta hospitalar segura. As discussões e as deliberações são evoluídos por cada profissional no prontuário do cliente,utilizando o cabeçalho #Linha de Cuidados#.

Os agentes envolvidos no plano multiprofissional, de acordo com suas competências irão operacionalizar aquilo que ficou determinado.

Descrição de Responsabilidades

MÉDICO (A) COORDENADOR:

- Confirmar as realizações das reuniões;

ENFERMEIRO (A) COORDENADOR:

- Selecionar os casos a serem apresentados;
- Substituir, quando necessário o Médico (a) Coordenador.
- Apresentar os pacientes elegíveis e conduzir estimulando a discussão multiprofissional.

MÉDICO (A) RESIDENTE:

- Prestar esclarecimentos adicionais sobre as condições clínicas do paciente.
- Evolução no prontuário eletrônico do cliente com as condutas as serem tomadas utilizando o cabeçalho #Linha de Cuidados#.

ASSISTENTE SOCIAL:

Relatar a equipe multidisciplinar sobre as condições sociais do paciente, pontuar situações de vulnerabilidade social como vínculos fragilizados, situação de rua, violação de direitos, dentre outros. Colocapara equipe o trabalho que vem sendo desenvolvido ao paciente e familiares no seu fortalecimentode vínculos, informando a atuação que vem sendo feita com a rede do município de origem do paciente para uma desospitalização segura. No momento, o serviço social também acolhe o as demandas trazidas pela equipe para investigação social e articulação com a REDE.
Preenchimento do protocolo no prontuário eletrônico do cliente com as condutas as serem

tomadas utilizando o cabeçalho #Linha de Cuidados#.

FARMACÊUTICA:

- Discutir sobre os medicamentos prescritos para intervenções em relação ao tempo de antibiótico, presença de alergias, dosagem e posologia dos medicamentos em geral. Preenchimento do protocolo no prontuário eletrônico do cliente com as condutas as serem tomadas utilizando o cabeçalho #Linha de Cuidados#.

NUTRICIONISTA:

- Relatar necessidade calórica do paciente, tipo de dieta prescrita, aceitação, jejum prolongado, etc, sendo discutido manutenção ou não do tipo de dieta, volume a ser infundido e pausa noturna ou não(quando o paciente fizer usode dieta enteral). Preenchimento do protocolo no prontuário eletrônico do cliente com as condutas as serem tomadas utilizando o cabeçalho #Linha de Cuidados#.

FISIOTERAPEUTA:

- Relatar sobre terapêutica instituída, evolução do quadro, resultado de gasometria, parâmetrosventilatórios e possibilidade de desmame ventilatórios. Preenchimento do protocolo no prontuário eletrônico do cliente com as condutas as serem tomadas utilizando o cabeçalho #Linha de Cuidados#.

ENFERMAGEM:

Atualizar sobre a pendência de algum exame, alguma orientação do médico da paciente,evolução dos dados vitais, acontecimento de algum evento (LPP, Broncoaspiração...), questiona sobre a possibilidade de retirada de algum dispositivo invasivo(CVD, CVC...), informa sobre o autocuidado do paciente. Preenchimento do protocolo no prontuário eletrônico do cliente com as condutas as serem tomadas utilizando o cabeçalho #Linha de Cuidados#.

FONOAUDIÓLOGIA:

- Relatar sobre a deglutição do paciente, risco de broncoaspiração e conduta definida. Preenchimento do protocolo no prontuário eletrônico do cliente com as condutas as serem tomadas utilizando o cabeçalho #Linha de Cuidados#.

V. Critérios de inclusão no DID e para UCP

- A avaliação para DID e UCP são distintas. Cliente elegíveis para o DID são aqueles residentes em Juiz de Fora que possuem condições de alta para domicilio e necessitam de algum

acompanhamento. Já na UCP, são clientes em situação clínica estável e que necessitam de reabilitação e/ou adaptação a sequelas decorrente de processo clínico, cirúrgico ou traumatológico.

DID:

Durante a avaliação do DID ao cliente é necessário estar acompanhado, de preferência pelo cuidadorresponsável.

Aqueles que necessitarem de oxigenoterapia deverá solicitar gasometria e preencher o formulário. Eassistente social deverá visitar domicilio e avaliar se há condições de instalação do mesmo.

E clientes com SNE, deverão de ir de alta com uma declaração feita pelo o médico ou fonoaudiólogaconstatando que o mesmo terá condições de evoluir para via oral. Caso contrário, deverá ser feito gastrostomia antes da alta hospitalar.

UCP:

O cliente deverá possuir característica que se enquadram nos seguintes critérios:

Recuperação de processo agudo e/ou recorrência de um processo crônico; Dependência funcionalpermanente ou provisória física, motora ou neurológica parcial ou total;

Além disso, deve apresentar um dos critérios abaixo para ser elegível:

- Clientes em suporte respiratórios, como ventilação mecânica não invasiva e oxigenoterapia;
- Clientes em uso antibioticoterapia venosa prolongada, terapia antifúngica, dieta enteral ou nasogástrica e portadores de outras sonda ou drenos;
- Cliente em reabilitação motora por Acidente Vascular Encefálico (AVE), neuropatia, traumatismo crânio encefálico (TCE), hematomas sub-aracnóides traumático (HSAT) e traumatismo raquimedular(TRM).
- Cliente traqueostomizado em fase de decanulação.
- Cliente com lesão por pressão estágio III e IV.
- Pacientes em uso de BIPAP não serão elegíveis para UCP.

I. Siglas e Definições

CVD: cateter vesical de demora.
CVC:acesso venoso central.
SNE: Sonda nasoentérica.
TCE: Traumatismo crânio encefálico.
AVE: Acidente vascular encefálico.

DID: Departamento de internação domiciliar

UCP: Unidade de cuidados prolongados

II. Anexos

N/A

III. Referências

N/A

POP INT 014 – ORIENTAÇÕES DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM PARA ALTA HOSPITALAR

I. Objetivo

Com o plano de alta espera-se uma relação de acolhimento feita pelo enfermeiro ao usuário/ familiar com o objetivo de educar/orientar o responsável pelo cuidado ao paciente. Para tanto, o plano de alta deve constar informações necessárias para que ocorra a continuidade da assistência do usuário após sua alta hospitalar. Deve-se considerar a importância do envolvimento da família em todas as etapas do plano, devendo para isso, ser orientada compreendendoo estado de saúde e necessidades do usuário e essa abordagem atender as dúvidas e linguagem para entendimento efetivo.

II. Materiais

- Computador;
- Impressora;
- Papel A4;
- Caneta;
- Formulário;
- Carimbo.

III. Abrangência

Unidades de Internação.

IV. Descrição dos Passos da Atividade

- O processo de informação como "estratégia do cuidar trata da especificidade de cada cliente na própria realidade do dia-a-dia, no sentido de que o cuidado é imprescindível em diferentes situações de vida do ser humano, podendo ser adaptado e ajustado conforme a necessidade".

- No momento da alta hospitalar é importante que o enfermeiro avalie a disposição do usuário, além de identificar o interesse do mesmo a seguir a terapêutica para seu autocuidado;
- As orientações deverão ser realizadas de forma individualizada ao paciente/responsável/familiar, pelo profissional enfermeiro levando em conta algumas considerações: as perspectivas do mesmo quanto à alta hospitalar, a idade do paciente;
- Paciente, o conhecimento prévio sobre sua doença e tratamento, sua cultura e condiçõessocioeconômicas;

PRINCIPAIS ORIENTAÇÕES DO ENFERMEIRO:

Lavagem das Mãos:

A lavagem das mãos é essencial antes de realizar assistência ao paciente/usuários e deverá ser realizada no cuidado no domicílio , no preparo da alimentação, na oferta das dietas, nas trocas, nas higienes íntimas, troca de curativos, aspiração traqueal, esvaziamento de bolsas de colostomia, e diurese, entre outras ocasiões que julgar necessária para manter uma assistencia limpa, e segura, evitando contaminação e infecção.



Higiene Corporal:

Cuidados no domicílio para pessoas acamadas ou com limitações físicas. A higiene corporal além de proporcionar conforto e bem- estar, sendo um fator importante para recuperação da saúde. O banho deve ser diário, no chuveiro, banheira ou na cama. Procure fazer do horário do banho um momento de relaxamento.

Banho no Chuveiro:

- Separe antecipadamente as roupas pessoais.

- Prepare o banheiro e coloque num lugar de fácil acesso os objetos necessários para o banho.

- Regule a temperatura da água.

- Mantenha fechadas portas e janelas para evitar as correntes de ar.

- Retire a roupa da pessoa ainda no quarto e a proteja com um roupão ou toalha.

- Evite olhar para o corpo despido da pessoa a fim de não constrangê-la.

- Coloque a pessoa no banho e não a deixe sozinha porque ela pode escorregar e cair.

- Estimule, oriente, supervisione e auxilie a pessoa cuidada a fazer sua higiene. Só faça aquilo que ela não écapaz defazer.

- Após o banho, ajude a pessoa a se enxugar. Seque bem as partes íntimas, dobras de joelho, cotovelos,debaixo dasmamas, axilas e entre os dedos.

- A higiene dos cabelos deve ser feita no mínimo três vezes por semana. Diariamente inspecione o couro cabeludo observando se há feridas, piolhos, coceira ou áreas de quedas de cabelo.

- Os cabelos curtos facilitam a higiene, mas lembre-se de consultar a pessoa antes de cortar seus cabelos, pois ela pode não concordar por questão religiosa ou por outro motivo.

- O banho de chuveiro pode ser feito com a pessoa sentada numa cadeira de plástico com apoio lateral colocada sobre tapete antiderrapante, ou em cadeiras próprias para banhos.

- Fique Atento: algumas pessoas idosas, doentes ou com incapacidades podem, às vezes, se recusar a tomar banho. É preciso que o cuidador identifique as causas. Pode ser que a pessoa tenha dificuldade paralocomover-se, tenha medo da água ou de cair, pode ainda estar deprimida, sentir dores, tonturas ou mesmo sentir-se envergonhada de ficar exposta à outra pessoa, especialmente se o cuidador for do sexo oposto. É preciso que o cuidador tenha muita

sensibilidade para lidar com essas questões. Respeite os costumes da pessoa cuidada e lembre que confiança se conquista, com carinho, tempo e respeito.

Banho no Leito:

- Quando a pessoa não consegue se locomover até o chuveiro o banho pode ser feito na cama.
- Caso a pessoa seja muito pesada ou sinta dor ao mudar de posição, é importante que o cuidador seja ajudado por outra pessoa no momento de dar o banho no leito, pois proporciona maior segurança à pessoa cuidada e evita danos à saúde do cuidador. Antes de iniciar o banho na cama, prepare todo o material que vai usar: papagaio, comadre, bacia, água morna, sabonete, toalha, escova de dentes, lençóis, forro plástico e roupas. É conveniente que o cuidador proteja as mãos com luvas de borracha. Existe no comércio materiais próprios para banhos, no entanto o cuidador pode improvisar materiais que facilitem a higiene na cama.

- Antes de iniciar o banho cubra o colchão com plástico.
- Inicie a higiene corporal pela cabeça.
- Com um pano molhado e pouco sabonete, faça a higiene do rosto, passando o pano no rosto, nas orelhas e nopescoço. Enxágue o pano em água limpa e passe na pele até retirar toda a espuma, secar bem.

- Lavagem dos cabelos:
- Cubra com plástico um travesseiro e coloque a pessoa com a cabeça apoiada nesse travesseiro que deve estar na beirada da cama.

- Ponha, embaixo da cabeça da pessoa, uma bacia ou balde para receber a água.
- Molhe a cabeça da pessoa e passe pouco shampoo.
- Massageie o couro cabeludo e derrame água aos poucos até que retire toda a espuma.
- Seque os cabelos.

- Lave com uma pano umedecido e sabonete os braços, não se esquecendo das axilas, as mãos, tórax e a barriga. Secar bem, passe desodorante, creme hidratante e cubra o corpo da pessoa com lençol ou toalha. Nas mulheres e pessoas obesas é preciso secar muito bem a região em baixo das mamas, para evitar assaduras e micoses.

- Faça da mesma forma a higiene das pernas, secando-as e cobrindo-as. Coloque os pés da pessoa numa baciacom água morna e sabonete, lave bem entre os dedos. Seque bem os pés e entre os dedos, passe creme hidratante.

- Ajude a pessoa a deitar de lado para que se possa fazer a higiene das costas. Seque e massageie as costas com óleo ou creme hidratante para ativar a circulação.

- Deite novamente a pessoa com a barriga para cima, colocar a comadre e fazer a higiene das partes íntimas. Na mulher é importante lavar a vagina da frente para trás, assim se evita que a

água escorra do ânus para a vulva. No homem é importante descobrir a cabeça do pênis para que possa lavar e secar bem.

- A higiene das partes íntimas deve ser feita no banho diário e também após a pessoa urinar e evacuar, assimse evitaumidade, assaduras e feridas (escaras).

- É importante usar um pano macio para fazer a higiene e lembrar que as partes do corpo que ficam em contato com o colchão estão mais finas e sensíveis e qualquer esfregada mais forte pode provocar o rompimento da pele e a formação deferidas (escaras).

Assaduras:

- As assaduras são lesões na pele das dobras do corpo e das nádegas, provocadas pela umidade e calor oupelo contato com fezes e urina. A pele se torna avermelhada e se rompe como um esfolado. As assaduras são portas abertas para outrasinfecções. Os cuidados importantes para evitar as assaduras são:

- Aparar os pêlos pubianos com tesoura para facilitar a higiene íntima e manter a área mais seca.
- Fazer a higiene íntima a cada vez que a pessoa evacuar ou urinar e secar bem a região.
- Se for possível exponha a área com assadura ao sol, isso ajuda na cicatrização da pele.
- Se mesmo com esses cuidados a pessoa apresentar assadura é importante comunicar o fato à equipe de saúde e solicitarorientação.
- Fique Atento: Se durante a higiene você observar alteração na cor e na temperatura da pele, inchaço, manchas, feridas, principalmente das regiões mais quentes e úmidas e daquelas expostas a fezes e urina, assim como alteração na cor, consistência e cheiro das fezes e da urina, comunique esses fatos à equipe de saúde.

Cuidados com a boca:

- É muito importante fazer a higiene da boca das pessoas acamadas para evitar cáries,dor de dente e inflamaçãoda gengiva. Sea pessoa consegue escovar os dentes sozinha, deve ser encorajada a fazê-lo.

- O cuidador deve providenciar o material necessário e ajudá-la no que for preciso deve ser feita após cada umadas refeiçõese após o uso de remédios pela boca.

- Se a pessoa cuidada consegue fazer a higiene bucal, o cuidador deve estimulá-la e providenciar os materiaisnecessários, orientando, dando apoio e acompanhando a atividade.

- Se a pessoa não consegue fazer sua higiene bucal sozinha, o cuidador deve ajudá-la da

seguinte maneira:

- Colocar a pessoa sentada em frente à pia ou na cama, com uma bacia.
- Usar escova de cerdas macias e sempre que possível usar também o fio dental.
- Colocar pequena porção de pasta de dente para evitar que a pessoa engasgue.

Técnica de Curativos:

- Explicar para o familiar qual o tipo e etiologia da lesão que está sendo tratada e porque deverá seguir ospassos decuidado.

- A importância higienizar as mãos conforme figura 1.
- Posicionar o paciente para a realização do procedimento;
- Retirar esparadrapos e gazes e depois desprezá-los;
- Higienizar as mãos conforme figura 1.
- Calçar as luvas caso seja necessário;
- Lavar a ferida com soro fisiológico em jato, sempre com movimentos de fora para dentro;

OBS: Não realizarfricção com gaze no leito da lesão.

- A ferida não deverá ser secada, apenas o lado de fora.
- Em caso de feridas operatórias, lavar com água abundante e sabão liquido.
- Aplicar a medicação ou produto prescrito pelo médico ou enfermeiro (se houver).
- Cobrir a ferida com gaze e prender com fita microporosa.
- Desprezar material no lixo adequado;
- Lavar as mãos novamente, conforme figura 1.

Cuidados com Dieta Enteral:

- Antes de dar a dieta coloque a pessoa sentada na cadeira ou na cama, com as costas bem apoiadas, e a deixenessa posição por 30 minutos após o término da alimentação. Esse cuidado é necessário para evitar que em caso de vômitos ou regurgitação, restos alimentares entrem nos pulmões.

- Pendure o frasco de alimentação enteral num gancho, prego ou suporte de vaso em posição bem mais altaque a pessoa, para facilitar a descida da dieta.

- Injete a dieta na sonda lentamente gota a gota. Esse cuidado é importante para evitar diarreia, formação de gases, estufamento do abdome, vômitos e também para que o organismo aproveite melhor o alimento e absorva seus nutrientes.

- A quantidade de alimentação administrada de cada vez deve ser de no máximo 350ml, várias vezes ao dia; ou de acordo com a orientação da equipe de saúde.

- Ao terminar a alimentação enteral injete na sonda 20ml de água fria, filtrada ou

fervida, para evitar que os resíduos de alimentos entupam a sonda;

- A sonda deve permanecer fechada sempre que não estiver em uso;
- Para as pessoas que não podem tomar água pela boca ofereça água filtrada ou fervida entre as refeições, em temperatura ambiente, por meio de seringa ou colocada no frasco descartável. A quantidade de água deve ser definida pela equipe de saúde.
- A dieta enteral de preparo caseiro deve ser guardada na geladeira e retirada 30 minutos antes do uso, somente a porção a ser dada.
- A dieta deve ser dada em temperatura ambiente, não há necessidade de aquecer a dieta em banho- maria ou em micro- ondas;
- Para o preparo e administração de dieta enteral alguns cuidados de higiene são muito importantes:
- Lave o local de preparo da alimentação com água e sabão.
- Lave bem as mãos com água e sabão antes de preparar a dieta.
- Pese e meça todos os ingredientes da dieta, seguindo as instruções da equipe de saúde.
- Utilize sempre água filtrada ou fervida.
- Lave todos os utensílios com água corrente e sabão.
- Lave com água e sabão o equipo, a seringa e o frasco e enxágue com água fervendo.
- Uma maneira simples de verificar se a nutrição enteral está ajudando na recuperação da pessoa é observar frequentemente se ela está mais disposta, se o aperto de mão é mais firme e se consegue caminhar um poucomais a cada dia. Caso a pessoa esteja inconsciente, o cuidador pode verificar se a pele está mais rosada, e menos flácida, se os músculos estão ficando mais fortes. Sempre que for possível é bom pesar a pessoa.
- Fique Atento: se a sonda se deslocar ou tiver sido retirada acidentalmente, não tente recolocá-la, chame a equipe de saúde.
- Fique Atento: A diarreia pode ser uma ocorrência comum em pessoas que recebem alimentação enteral. Porisso, é preciso ter muita higiene no preparo e administração da dieta.

Ostomias:

Trata-se de uma abertura cirúrgica realizada para devidos fins de eliminação, alimentação ou trajeto de ar. Existem três tipos de derivações, sendo estas para eliminação (de fezes ou urina que são as colostomias/iliostomias e urostomias) ou para administrar alimentação (gastrectomias que mantém sonda para via de acesso) e traqueostomias para passagem respiratórias.

- Dependendo do lugar onde foi realizada a abertura a ostomia recebe um nome:
- Gastrostomia ou jejunostomia liga o estômago ou o jejuno à parede do abdome e serve para alimentar apessoa pormeio da sonda.
- Ileostomia ou colostomia liga uma parte do intestino à parede do abdome e serve para eliminar fezes.
- Urostomia - liga a bexiga à parede do abdome e serve para eliminar urina.
- Traqueostomia abertura na traqueia que inicialmente e introduzida uma cânula para manutenção da abertura.
- Ambas devem manter a pele ao redor sem vermelhidão.
- Comunicar ao paciente ou familiar que habita nesta cidade que há um serviço especifico de cuidado comestomas

Cuidados com Gastrostomia:

- Limpe com água filtrada sem esfregar a pele em volta da ostomia, retirando secreção ou sujidade.
- Lave a sonda com uma seringa de 20 ml com água, em um único jato.
- Antes de alimentar a pessoa pela sonda, teste a temperatura do alimento no dorso da mão.
- Injete o alimento lentamente na sonda.
- Observe se a pessoa apresenta barriga estufada, sensação de barriga cheia, ou diarreia.
- A diarreia pode ser causada pela composição do alimento ou pela administração

  muito rápida do alimento.Essasocorrências devem ser comunicadas à equipe de saúde.
- Atentar para não injetar líquidos, alimentos ou água na via da sonda que serve para manter o balonete defixaçãoinflado.
- Caso a sonda saia, não tente reposicioná-la. Entre em contato com a equipe de saúde e feche o orifício.
- Comunique também à equipe de saúde caso observe saída de secreção ou da dieta pelo local de inserção dasonda.
- Após a injeção de alimento deve-se lavar a sonda com uma seringa de 20 ml com água filtrada, a fim demantê-lasem obstrução.

Mantendo sua traqueostomia limpa:

- Para manter limpa e livre de infecções a pele e o tubo traqueal, você precisa seguir as

orientações:

- Retire a subcânula (cânula metálica ou tipo Shiley);
- Lave com água e detergente líquido, escovando-a por dentro para retirar toda secreção acumulada;
- Recoloque a subcânula dentro da cânula que estará em seu pescoço;
- Troque as gazes que estão entre a sua pele e o tubo traqueal;
- Coloque duas gazes dobradas entre o tubo traqueal e a pele de seu pescoço;
- Faça a limpeza no seu pescoço e ao redor do tubo traqueal, utilizando uma gaze umedecida com água potável ou soro fisiológico 0,9%;
- Realize este cuidado quatro vezes ao dia ou sempre que necessário.
- Sua gravata traqueal:
- Recomendamos o uso da gravata traqueal, presa ao redor do seu pescoço, para manter o tubo traqueal coberto quando você for para rua ou em lugares empoeirados. A gravata não deverá ficar apertada nem frouxa: deve haver um espaço entre ela e seu pescoço suficiente para passar dois dedos.

Tosse e nebulizações:

- É comum ter tosse após a traqueostomia. Isto se deve à quantidade de partículas de poeira que entram pelo orifício da traqueostomia e que serão eliminados pela tosse.

Muitas vezes a subcânula pode sair durante acessos de tosse. Caso isso aconteça, lave-a com água e sabão e recoloque-a dentro da cânula. Procure fazernebulizações para evitar ressecamento nas vias respiratórias. As nebulizações deverão ser realizadas somentecom soro fisiológico. Faça-as três vezes ao dia e sempre que necessário. Durante a nebulização, coloque a máscara do nebulizador no pescoço em direção ao tubo traqueal.

- Manter paciente com cabeceira elevada para evitar: broncoaspiração de secreção, aspiração de dieta,engasgo,dificuldade respiratória e pneumonia (infecção por acumulos de secreção).

Sonda Vesical de Demora:

- A sonda vesical de demora, ou sonda de Folley, é utilizada quando a pessoa não é capaz de urinar espontâneamente ou de controlar a saída da urina. Essa sonda possui um

pequeno balão interno que depois de cheio prende a sonda dentro da bexiga. A parte externa da sonda deve ficar presa na coxa da pessoa de forma a manter a sonda no lugar, permitindo a movimentação. Para fixar a sonda e evitar ferir a pele ou as alergias é melhor utilizar esparadrapo antialérgico, mudando constantemente o local de fixação.

- Fora do corpo a sonda liga-se a uma bolsa que armazena a urina e pode ser fixada na lateral da cama, na cadeira de rodas ou na perna da pessoa. Este tipo de sonda só pode ser colocado e retirado pela equipe de saúde.
- A sonda de demora faz com que a pessoa urine continuamente e, como essa sonda fica por um tempo dentro da bexiga, é preciso cuidados para se prevenir infecções, sangramentos e feridas:
- Lave as mãos antes de mexer na sonda.
- Limpe a pele ao redor da sonda com água e sabão pelo menos duas vezes ao dia para evitar o acúmulo de secreção.
- Lave a bolsa ou frasco coletor de urina uma vez ao dia, com água e sabão e enxágue com água clorada. Mantenha o frasco ou bolsa coletora abaixo do nível da cama ou do assento da cadeira, e não deixe que ela fique muito cheia. Esses cuidados são necessários para evitar que a urina retorne do frasco para dentro da bexiga.
- Tome cuidado para não puxar a sonda, pois isso pode causar ferimentos na uretra.
- A sonda tem que ficar livre para que a urina saia continuamente da bexiga, por isso, cuide para que a perna da pessoa ou outro objeto não comprima a sonda.
- Se durante algum tempo não houver urina na bolsa coletora, verifique se a sonda está dobrada, obstruída ou pressionada pela perna da pessoa. Caso a pessoa não urine num espaço de 4 horas, mesmo ingerindo líquido, procure falar urgentemente com a equipe de saúde.
- Uma pessoa produz e elimina, em média, 1.200 a 1.500 ml de urina em 24 horas.
- Essa quantidade é modificada pela ingestão de líquido, suor, temperatura externa, vômitos ou diarreia.

Para esvaziamento da bolsa:

- Higienize as mãos e utilize luvas;
- Retire o tubo de drenagem do seu protetor posicionando-o para o recipiente que irá receber a urina, evitando o contato entre as superfícies durante todo o procedimento;
- Abra o clamp do tubo de drenagem;
- Feche o clamp do tubo de drenagem;

- Coloque o tubo de drenagem no seu protetor;
- Despreze a urina no vaso sanitário;
- Lave o recipiente com água e sabão;
- Retire e despreze a luva de procedimentos no lixo;
- Higienize as mãos conforme figura 1.
- Fique Atento: Lembre-se que a sonda de demora só pode ser colocada e retirada pela Equipe de saúde.

V. Siglas e Definições.

N.A

VI. Anexos

N.A

VII. Referências

CARMAGNANI, Maria I., FAKIH, Trevisani, CANTERAS, Lígia Mara Silva, TERERAN, N. **ProcedimentosdeEnfermagem - Guia Prático**, 2ª edição. Guanabara Koogan, 2017.

DUTRA, C.M.P.;COELHO, M.J. Implante de valva mitral mecânica: reflexões para cuidar e os cuidados de clientesapós a alta hospitalar.**Esc. Anna Nery [online].** 2006, vol.10, n.2, pp. 309-315. ISSN 1414-8145.

H, CHEEVER, K., BRUNNER, Sholtis, SUDDARTH, Smith. Brunner & Suddarth | **Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgic**a, 13ª edição. Guanabara Koogan, 2015.

POTTER, P. A.; PERRY, A.G.; STOCKERT, P.; HALL, A. **Fundamentos de Enfermagem**. 9ªed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2018.

SUZUKI, V.F.; CARMONA, E.V.; LIMA, M.H.Melo. Planejamento da alta hospitalar do paciente diabético: construção deuma p.oposta. **Rev. esc. enferm. USP [online].** 2011, vol.45, n.2, pp. 527-532. ISSN 0080-6234.

POP INT 015 – PLANO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM (SAE)

I. Objetivo

Planejar e organizar a assistência de enfermagem a fim de proporcionar um cuidado individualizado, terapêutico e seguro. Privativo ao enfermeiro a avaliação e prescrição de cuidados, cabendo o mesmo a reavaliação , abordagem da família e equipe com foco na contribuição de melhoria da saúde , promoção, prevenção e reabilitação.

II. Materiais

- Histórico de enfermagem;
- Diagnóstico de enfermagem/Gerenciamento de risco;
- Avaliação de enfermagem/Classificação;
- Prescrição de enfermagem;
- Evolução de enfermagem;
- Reavaliação e planejamento de metas;
- Orientação /Educação;
- Planejamento de alta.

III. Abrangência

Setores assistenciais

IV. Descrição dos Passos da Atividade

IV.I. Conceitos

A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) é uma metodologia científica utilizada pelo enfermeiro para sustentar a gestão do cuidado de enfermagem. A SAE é composta por varias fases para fortalecer o julgamento e tomada de decisão clínica assistencial do enfermeiro quanto à priorização, delegação, gestão do tempo e contextualização do ambiente cultural do cuidado prestado. O Processo de Enfermagem organiza-se em cinco etapas inter-relacionadas, interdependentes e recorrentes:

1) **Coleta de dados de Enfermagem (ou Histórico de Enfermagem):** processo deliberado, sistemático e contínuo, realizado com o auxílio de métodos e técnicas variadas, que tem por finalidade a obtenção de informações sobre a pessoa, família ou coletividade humana e sobre suas respostas em um dado momento do processo saúde e doença.

2) **Diagnóstico de Enfermagem**: processo de interpretação e agrupamento dos dados coletados na primeira etapa, que culmina com a tomada de decisão sobre os conceitos diagnósticos de enfermagem que representam, com mais exatidão, as respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde e doença; e que constituem a base para a seleção das ações ou intervenções com as quais se objetiva alcançar os resultados esperados.

3) **Planejamento de Enfermagem:** determinação dos resultados que se espera alcançar; e das ações ou intervenções de enfermagem que serão realizadas face às respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde-doença, identificadas na etapa de Diagnóstico de Enfermagem.

4) **Implementação:** realização das ações ou intervenções determinadas na etapa de Planejamento de Enfermagem.

5) **Avaliação de Enfermagem:** processo deliberado, sistemático e contínuo de verificação de mudanças nas respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde doença, para determinar se as ações ou intervenções de enfermagem alcançaram o resultado esperado; e de verificação da necessidade de mudanças ou adaptações nas etapas do Processo de Enfermagem.

O Processo de Enfermagem deve estar baseado num suporte teórico que oriente a coleta de dados, o estabelecimento de diagnósticos de enfermagem e o planejamento das ações ou intervenções de enfermagem; e que forneça a base para a avaliação dos resultados de enfermagem alcançados.

Cabe ao enfermeiro a liderança na execução e avaliação do Processo de Enfermagem, de modo a alcançar os resultados de enfermagem esperados, cabendo-lhe, privativamente, o diagnóstico de enfermagem acerca das respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde e doença, bem como a prescrição das ações ou intervenções de enfermagem a serem realizadas, face a essas respostas.

IV.II. Planejamento de cuidados de enfermagem do HMTJ - Rotinas do Enfermeiro:

- Admitir o usuário/cliente no setor, realizando entrevista individual coletando dados necessários para melhor planejamento de seus cuidados e orientação da equipe;
- Realizar o levantamento de Diagnósticos de enfermagem e gerencimaneto de riscos seguindo os protocolos clínicos e assistencias;
- Sinalizar riscos e proporcionar ao usuário/cliente/familiar orientações e esclarecimentos adequados procurando melhor envolvimento e entendimento dos

cuidados prestados;

- Aplicar a Escala de Fugulin para proporcionar classificação quanto ao grau de depêndencia e orientação de cuidados individualizados conforme Sistema de classificação do paciente (SCP) – Escala de Fugulin PRS ENF 071.
- Aplicação das escalas: Braden, Morse, Risco para TEV,Avaliação da integridade cutânea e Escala de Mews.
- Orientar usuário/familiar/responsável e equipe conforme scores das escalas descritas nos documentos institucionais: Prevenção de Lesão por Pressão -PRS ENF 032 ,PRS HMTJ 104 - RISCO DE QUEDAS ,PTC.
- CLM 016 - PROFILAXIA FARMACOLÓGICA E NÃO FARMACOLÓGICA DE TEV, PRS HMTJ 200 ,PRS HMTJ

138 - GERENCIAMENTO DE RISCO E e PRS ENF 071(Sistema de classificação do paciente (SCP) – Escala de Fugulin)

- Realizar a transcrição dos dados do cliente/usuário no passante de enfermagem contendo todas informações importantes e necessárias para a transição dos cuidados ;
- A Evolução de enfermagem é realizada no prontuário eletrônico, devendo ser registrada toda a assistência prestada ao usuário/paciente nas 24hs, separando os plantões diurnos e noturnos , que proporcione a quem está recebendo ou passando o plantão a continuidade da assistência condizente com o quadro clínico do paciente e sua programação de cuidados, pendências e ou criticidade;
- O plano de alta deve ser direcionado para atendimento às necessidades individuais do paciente, e com orientações específicas, contrarreferência e acolhimento do familiar/ responsável assegurando a continuidade dos cuidados com objetivo de reabilitação do paciente/cliente.

V. Siglas e Definições.

N.A

VI. Anexos

N.A

VII. Referências

COFEN. RESOLUÇÃO 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 cuidadoprofissional de Enfermagem,e dá outras providências.

LEI N.º 7.498, DE 25 DE JUNHO DE 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, e dáoutrasprovidências.

POP INT 016 – FOLHA DE REGISTRO DE CONTROLE DE SINAIS VITAIS

I. Objetivo

A folha de controle dos sinais vitais tem como objetivo o controle ou monitorização de líquidos ingeridos, infundidos e eliminados nas 24 horas e o controle dos sinais vitais. Permite mensurar e avaliar as condições vitais do paciente; o funcionamento do sistema respiratório, sistema cardiovascular, sistema termorregulador e hemodinâmico do paciente. Nos proporciona resultados que nos direciona o planejamento e execução de uma assistência integral e multiprofissional ao paciente.

II. Materiais

- Caneta;
- Impresso Folha de Sinais Vitais Unidade de Internação;
- Frasco graduado para mensuração e descarte de secreções;
- Equipamento de proteção individual (EPI) – luvas de procedimento, máscara, capote e óculos;
- Calculadora;
- Termômetro;
- Esfigmomanômetro portátil ou com rodas;
- Oxímetro de pulso.

III. Abrangência

Unidades de Internação.

IV. Descrição dos Passos da Atividade

IV.I. Cabe ao Enfermeiro

- Supervisionar as anotações realizadas em impresso próprio, nas 12 horas do plantão;
- Lançar em folha de balanço hemotransfusões e administração de Nutrição Parenteral Total (NPT);
- Fechar o balanço hídrico ao término de 24 horas (ás 06h);
- Comunicar alterações dos valores obtidos ao Médico Plantonista;
- Conferir os dados da folha de sinais vitais e o campo de tempo de permanência e local;
- Conferir e supervisionar os dias dos dispositivos invasivos e antibióticos;

II. Cabe ao Técnico de Enfermagem

- Abrir a folha dos sinais vitais no momento da admissão, registrando no impresso próprio: nome, data, prontuário, data de nascimento, tipo de isolamento caso haja, alergia medicamentosa e leito (assinando e carimbando o impresso).

- Parâmetros fisiológicos e hemodinâmicos: será avaliado de 06/06h, ou conforme prescrição médica e de enfermagem, de acordo com a gravidade do paciente.
- Os pacientes em "cuidados paliativos" definidos pela equipe multidisciplinar podem ser registrados a cada 6h.
- Medir e registrar conforme rotina de registros: SSVV: temperatura axilar (T.ax); Frequência Cardíaca (FC); Frequência Respiratória (FR); Pressão Arterial (PA), Saturação de O2 (Sat 02); Glicemia (HGT).
- Calcular e anotar o escore de Mews de 06/06 horas ou sempre que necessário, sendo que quando o valor forsuperior a dois o enfermeiro deverá ser informado;
- As glicemias de horário deverão ser lançadas no impresso contendo a correção de insulina quando necessário, além da checagem nas prescrições;
- Todo o liquido oferecido ao paciente deverá ter seu volume medido e registrado no impresso do controle hídrico, na coluna correspondente a líquidos administrados;
- Lançar no BH todos os líquidos parenterais com volume ≥50ml;
- As infusões parenterais entrarão na coluna de líquidos administrados e as enterais recebidas pelo pacientedevem ser anotadas na coluna corresponde à nutrição;
- Toda alimentação oferecida via oral, deverá ser anotada na coluna referente à nutrição – dieta e líquidos. Estimativas de volume correspondentes à dieta: almoço e jantar: 400 gramas; liquída: cada copo :200ml.
- Todo liquido eliminado pelo paciente deve ser medido e anotado na coluna corresponde às perdas
- - líquidos drenados (diurese, vômito, secreções, filtrado de diálise e fezes) durante os plantões diurnos enoturnos a cada 12h;
- Obs: vômitos/ urina em fraldas / fezes: 200ml por episódio, ou seja, cada cruz equivale a cerca de 50ml.
- O registro da secreção proveniente do dreno de tórax será lançado a cada 24h e a troca do selo d´água seráfeito a cada 12h (às 18h e as 06h);
- Os fluidos que não puderem ser medidos poderão ser avaliados utilizando-se símbolos como: Pequena quantidade: +/4; Média quantidade: ++/4 ou +++/4; Grande quantidade: ++++/4 (onde cada + equivale a 50ml);
- Fechar o balanço hídrico no horário determinado (06h e 18h). Somam-se todos os

líquidos administrados (água, dieta enteral, soro, drogas) e subtrai-se o valor total eliminado (diurese, fezes, vômito, débito de cateter nasogástrica ou nasoenteral). O valor poderá ser positivo ou negativo;

- Quando o valor for positivo, significa que o paciente está eliminando menos do que está recebendo de líquidos;
- Quando o valor for negativo, significa que o paciente está eliminando mais do que está recebendo de líquidos;
- Ao término de cada plantão de 12 horas fazer o transporte dos valores das infusões para a nova folha de balanço hídrico;
- Admissão do paciente inicia como D1;
- Todo antibiótico inicia como D0;
- Tempo de permanência de acessos, sondas, drenos deverão ser iniciados como D0. Em caso de troca de TOT,TQT, SNE, SNG manter a contagem do tempo. Se for CVD, AVC, AVP, drenos, iniciar a contagem de D0;
- Parâmetros da oxigenoterapia: colocar via: cânula nasal, máscara facial com reservatório, macrovaporização ou tubo T e suporte de O2 em número de litros;
- A verificação da dor deverá ser feita utilizando a escala de dor, padronizada na instituição, em todos os clientes hospitalizados e, principalmente, os que apresentarem dor aguda de repetição ou dor crônica, sendo essa avaliação necessária antes e após a aplicação do analgésico prescrito ou realização de procedimentos que causem dor.
- No verso do impresso de sinais vitais a enfermagem deverá registrar os valores referidos após a avaliação da escala de Dor, obedecendo os horários de avaliação a cada 4hs, se o paciente não queixar dor apenas colocar"0" e assinar, caso queixa dor: pesquisar score de dor seguindo a tabela de EVA ou Escala Númérica conforme avaliação do estado de conciência/cognição do paciente do formulário em anexo;
- A mensuração deverá ser feita através dos escores que vão de 3 a 10. Escore maior que 7 é considerado inaceitável.
- Caso não tenha prescrição de medicamento conforme a dor mensurada, comunicar ao médico responsável.
- A anotação da dor referida deverá ser feita na Folha de Sinais Vitais, no campo denominado "Escala para avaliação da dor em (Valor/Reav.)", com os valores

numéricos referentes à intensidade.

- Quando se fizer necessária intervenção medicamentosa para o controle da dor, esta deverá ser mensurada novamente após uma hora e proceder anotação na Folha de Sinais Vitais, no campo denominado "Conduta".

- A anotação na Folha de Sinais não substitui a anotação de Enfermagem no sistema TOTVs que deverá conter os dados de início da dor, localização, intensidade, periodicidade dos episódios dolorosos e fatores de melhora ou piora, descrição da intervenção realizada e reavaliação.

- As medidas não-farmacológicas a serem utilizadas no controle da dor compreendem cuidados de enfermagem como: massagem e estimulação cutânea, terapias com gelo e calor, distração e relaxamento. Seu uso deverá ser concomitante com medidas farmacológicas, a fim de garantir sua eficácia e promover conforto ao cliente.

- A equipe de enfermagem ao realizar procedimentos que causem dor nos clientes, principalmente curativos, banho ou movimentação, deverá administrar analgesia prescrita pelo médico, com pelo menos 30 minutos de antecedência.
- Em caso de persistência da dor, deve-se adequar a intervenção ou solicitar avaliação médica.
- A analgesia administrada através de cateter peridural deverá ser realizada por médico anestesiologista.
- Notificar as não conformidades relacionadas a demora na entrega de medicamentos analgésicos pelo serviço da farmácia, que possa dificultar o processo de recuperação da dor do paciente.

- O horário padrão para verificação dos sinais vitais serão:
  - **2/2h** - 8, 10, 12, 14, 16, 18, 20, 22, 24, 2, 4, 6.
  - **4/4h -** 10, 14, 18, 22, 06.
  - **6/6h –** 12, 18, 24, 06.
  - **8/8h –** 14, 22, 06.
- Observações de enfermagem deverão ser lançadas no Sistema RM contendo todas as intercorrências ocorridas durante o plantão;

- Toda a assinatura contida na folha de sinais vitais deverá ter o nome de forma legível, e carimbar nos rodapé do impresso;

- Em caso de rasura: passar o impresso a limpo.

V. **Siglas e Definições.**

BH: Balanço Hídrico.

Tº: Temperatura Axilar.

FC: Frequência Cardíaca.

FR: Frequência Respiratória.

PA: Pressão Arterial.

SAT: Saturação.

TOT: Tubo Orotraqueal.

TQT: Traqueostomia

SSVV: Sinais Vitais;

EVA: Escala Visual Analógica

HGT: Glicemia

VI. **Anexos**

Folha de Controle de Sinais Vitais – Unidades de Internação

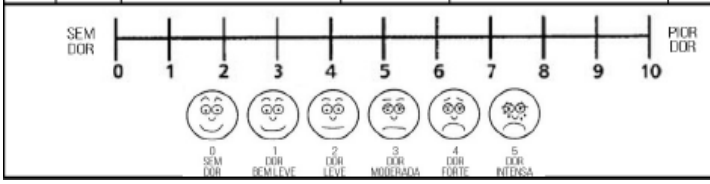
Alérgico a:						ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE ENFERMAGEM																		
Título:	CONTROLE DE SINAIS VITAIS - UNIDADE DE INTERNAÇÃO																						Data:	
Nome:							Data Nascimento:						Data Entrada:				Prontuário:				Setor:		Leito:	
Parâmetros Hemodinâmicos						SCORE DE MEWS	Líquidos Administrados						Nutrição DIETA		Nutrição LÍQUIDO		Líquidos Drenados							
Hora	Fc	Tº	PA	SAT	Fr		TIPO	Q.IND	Q.ADM	TIPO	Q.IND	Q.ADM	Q.IND	Q.ADM	Q.IND	Q.ADM	DIURESE	FEZES	VÔMITO	DRENO	DRENO¹	OUTROS	ASS.	
7H																								
8H																								
9H																								
10H																								
11H																								
12H																								
13H																								
14H																								
15H																								
16H																								
17H																								
18H																								
TOTAL: 12 HORAS																								
19H																								
20H																								
21H																								
22H																								
23H																								
24H																								
01H																								
02H																								
03H																								
04H																								
05H																								
06H																								
TOTAL: 12 HORAS			PESO				ACESSO PROFUNDO						DRENO (1)				ANTIBIÓTICO							
ISOLAMENTO:							VENÓCLISE						DRENO (2)											
							SONDA ENTERAL						TROCA EQUIPO/TORNEIRINHA											
							SONDA VESICAL						SISTEMA DE ASPIRAÇÃO											
TOTAL:							TRAQUEOSTOMIA:																	

ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE
ENFERMAGEM

CONTROLE DE SINAIS VITAIS - UNIDADE DE INTERNAÇÃO | **Data:**

ESCALA PARA AVALIAÇÃO DA DOR

HORA	VALOR	CONDUTA	VALOR/REAV.	CONDUTA	ASS.
07h					
08h					
09h					
10h					
11h					
12h					
13h					
14h					
15h					
16h					
17h					
18h					
19h					
20h					
21h					
22h					
23h					
24h					
01h					
02h					
03h					
04h					
05h					
06h					



GLICEMIA CAPILAR

HORA	VALOR EM MG/DL	INSULINA R EM UI	ASS.
07h			
08h			
09h			
10h			
11h			
12h			
13h			
14h			
15h			
16h			
17h			
18h			
19h			

GLICEMIA CAPILAR

HORA	VALOR EM MG/DL	INSULINA R EM UI	ASS.
20h			
21h			
22h			
23h			
24h			
01h			
02h			
03h			
04h			
05h			
06h			

CARIMBO E ASSINATURA:

VII. Referências

POTTER, P. A.; PERRY, A.G.; STOCKERT, P.; HALL, A. **Fundamentos de Enfermagem**. 9ªed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2018.

http://www.enfermeiroaprendiz.com.br/entenda-os-principais-aspectos-do-equilibrio-hidroeletrolitico/ https://www.enfermagemnovidade.com.br/2014/08/balanco-hidrico-e-os-cuidados-de.html

POP INT 017 – ROTINA DIÁRIA UNIDADES DE INTERNAQÇÃO

I. Objetivos

Padronizar as rotinas diárias do corpo clínico com auxílio da equipe multidisciplinar, esclarecendo as dúvidas e implementando os processos assistenciais.

II. Materiais

- ✓ Papel A4.
- ✓ Caneta.

III. Abrangência

Unidades de Internação.

IV. Descrição dos passos da atividade

Pacientes procedentes de outra instituição:

Ler atentamente a Autorização de Internação Hospitalar (AIH) direcionada à unidade de internação e avaliar critérios de aceitação com médico especialista e coordenação do serviço. Após aceitação comunicar o enfermeiro assistencial a liberação da vaga.

Critérios de aceitação:

Pacientes com diagnóstico clínico em cardiologia, pneumologia, gastroenterologia, infectologia, nefrologia, clínica Médica, neurologia clinica, endocrinologia.

Pacientes que não devem ser aceitos, somente com autorização da alta direção:

Trauma crânio fâcial com comprometimento neurológico, neurologia cirúrgica, neoplasia estabelecida, pacientes com indicação de CPRE.

Pacientes procedentes de outras especialidades:

A transferência é solicitada por algum médico do Corpo Clínico ou da especialidade mediante avaliação do mesmo e solicitação de parecer. O paciente só será transferido para outro serviço somente após resposta do parecer solicitado, assumindo então o referido paciente.

Admissão pelo corpo clínico:

- ➢ Tentar esclarecer toda história clínica pertinente ao caso. Verificando informações

com familiares e/ou acompanhantes. Portanto, admita o paciente com descrição em prontuário

médico de todas as informações pertinentes e disponíveis.

- Elaborar anamnese de acordo com Propedêutica Médica.
- Realizar exame físico completo e descrevê-lo no prontuário eletrônico.
- Elaborar hipóteses diagnósticas e sumarizar as comorbidades existentes.
- Elaborar as condutas iniciais conforme quadro clínico.
- A evolução médica deve conter: dias de internação, dias do uso de ATB, procedimentos relacionados aotratamento, condutas discutidas com staff.
- Preencher ficha de internação escrever o Diagnóstico Provisório.
- Elaborar prescrição médica;

Exames e Pareceres médicos urgente e não urgente:

- Toda solicitação de exame/ parecer deverá conter: Nome completo do paciente, prontuário, leito e data, além da indicação médica do mesmo. Em caso de urgência escrever em cima do pedido e comunicar enfermeira plantonista.
- Todo pedido deve ser entregue ao enfermeiro de plantão, para que o mesmo seja encaminhado/solicitado.
- Discutir a necessidade de solicitar pareceres médicos com o staff responsável do dia. Pareceres de urgência devem ser solicitados imediatamente. Os pareceres não urgentes, discutir com o diarista do dia.

OBSERVAÇÕES:

- Manter evolução organizada.
- Checar exames laboratoriais e culturas solicitadas diariamente e transcrevê-los na evolução clínica diária.

Prescrição médica:

- A prescrição médica é um documento médico e, como tal, ela deve ser clara, objetiva, sem rasuras e ORGANIZADA.
- Prescrições desorganizadas, pouco claras e não objetivas geram mais erros e falha de comunicação com possível comprometimento do quadro do paciente.
- Só serão aceitas modificações nas prescrições de caneta feitas ou orientadas pela coordenação médica ou diante intercorrências no setor, escritas sem rasura,

com letra legível, carimbadas e assinadas. As demaisalterações devem ser feitas no sistema a

fim de evitar erros e/ou falhas em sua administração.

- Não serão aceitos acréscimo manual no rodapé da prescrição médica.
- As alterações realizadas na prescrição vigente devem ser consideradas na elaboração da próxima prescrição, mantendo a organização e clareza da informação. Estas alterações devem estar carimbadas e assinadas.
- As solicitações de medicações prescritas como sendo ACM devem ser carimbadas e assinadas na prescrição diante solicitação de administração.
- TODAS as prescrições de rotina médicas realizadas pelo diarista deverão ser impressas até as 12hs.
- A solicitação do antimicrobiano deverá ser feita via Sistema com preenchimento correto de todos os dados.
- As solicitações de Não Padrão deve ser feita em formulário especifico com preenchimento completo detodos os campos, contendo assinatura do Staff.

Estabelece-se, portanto, uma ordem de prescrição:

- Dieta (zero, enteral ou parenteral) – em caso de dieta oral, prescrever o tipo: livre, branda, pastosa.
- Hidratação venosa.
- Antimicrobianos.
- Medicações de uso endovenoso de horário.
- Medicações de uso intramuscular de horário.
- Medicações de uso subcutâneo de horário.
- Medicações de uso oral/enteral de horário.
- Medicações de uso inalatório de horário.
- Medicações de uso de uso tópico de horário.
- Controle glicêmico (inclui esquema de insulina regular para correção e glicose hipertônica paracorreção de hipoglicemia).
- Medicações de uso ACM E SN (inclui sedação contínua, drogas vasoativas, antieméticos, analgésicos, cristaloides, diuréticos, medicações endovenosa/intramuscular/subcutânea/oral/enteral quando ACM ou SN).
- Contenção mecânica no leito, não poderá estar prescrito SN ou ACM, deverá

estar prescrito contençãoquimica e aprazado pelo enfermeiro.

- Oxigenoterapia, SN.
- Cuidados e controles de enfermagem.

Visita familiar:

- Apresentar-se aos familiares como médico assistente orientado por staff da especialidade;
- Acolher o paciente e a família;
- A visita deve ser feita pela equipe multidisciplinar quando possível;
- Promover boa comunicação;
- Relatar de forma clara a evolução clínica do paciente até o momento;
- Comunicar má notícia sempre que necessário, de forma empática e objetiva;
- Contornar as situações de stress;
- Evitar falar dados científicos para a família, quando possível;
- Deixar bem claro, quando necessário, que o ambiente hospitalar é um ambiente de risco para qualquer paciente, principalmente o risco de infecções, que por mais que utilizamos técnicas assépticas, os pacientes correm risco de adquirir infecções, uma vez que estão debilitados;
- Orientar familiares sobre precaução relacionadas.

Intercorrências:

Toda intercorrência deve ser informada ao médico assistente e/ou internista pela equipe multidisciplinar e, o mesmo, deve procurar solucioná-la a tempo e a hora. No turno noturno o acionamento deverá ocorrer ao médico plantonista conforme escala.

- Os médicos plantonistas devem se apresentar junto com o residente, a fim de evitar transtornos em caso de alguma intercorrência,
- Os médicos não deverão se ausentar do plantão sem que o próximo plantonista assuma o mesmo,
- Toda intercorrência ou conduta que interfere no curso terapêutico do paciente DEVE ser relatada em prontuário, a exemplo de troca de esquema antimicrobiano, pedido de pareceres e troca de dispositivos invasivos.
- Fazem parte desse processo a equipe de enfermagem que está responsável

pelo paciente e o médico internista.

- Nos casos de atendiemnto a SEPSE a farmácia e o laboratório deverão otimizar seus processos para o cumprimento da hora ouro no atendimento.

Alta:

- Ela poderá ser estabelecida pelo médico assistente. A alta deve ser preferencialmente discutida no Round com a equipe multidisciplinar.
- Após a decisão da alta o enfermeiro deve ser comunicado, para que este providencie a liberação do paciente.
- A alta hospitalar é realizada através do preenchimento do sumário de alta que inclui o diagnóstico da patologia com CID além do resumo da evolução e orientação pós alta. Deverá também ser preenchida alta hospitalar na evolução médica e evolução de enfermagem. Por fim, é preenchido o diagnóstico definitivo e assinado a folha de admissão.
- Nos casos de alta a pedido pelo paciente deverá ser assinada no verso da ficha de internação, assim como todos as informações desta preechida. A equipe deverá evoluir no sistema e comunicar a recepção.

Óbito do paciente:

- Evoluir no sistema a intercorrência e o horário do óbito.
- Solicitar ao enfermeiro plantonista para ligar para a família para que o médico assistente ou plantonistacomunique o óbito. Após isto evoluir no sistema a hora avisada, grau de parentesco e nome.
- Preencher a Ficha de internação do prontuário, imprimir o Sumário de alta e imprimir a ultima evoluçãoe assinar.
- Preencher a Declaração de óbito e/ou encaminhamento do corpo ao IML.
- Abrir formulário especiais especiais no sistema TOTVS (comissão de óbito).

Transferência do paciente para outra instituição:

- O médico determina o tipo de transporte necessário para a transferência.
- A equipe de enfermagem deve comunicar o médico assistente ou plantonista para evoluir paciente nosistema que será transferido para outra instituição.
- Evoluir no sistema local e horário da transferência.
- Avaliar o paciente antes da transferência.
- Preencher a Ficha de internação do prontuário, imprimir o Sumário de alta e imprimir a ultima evoluçãoe assinar.
- O enfermeiro deverá fazer o xérox da ultima prescrição, controle de enfermagem e Exames complementares.
- O enfermeiro deverá acionar o transporte.

Rotina diária do técnico de enfermagem:

- Recebimento do plantão contendo todas as informações necessárias para manter a continuidade daassistência
- Avaliar o seu paciente e o leito que foi recebido como um todo no período das 12 horas
- Trocar e datar equipos
- Administrar dieta enteral dentro do prazo de validade (24hs) e volume infundido conferido comprescrição nutricionista.
- Realizar registros e controles de enfermagem
- Etiquetar medicações em uso (pomadas, gotas, etc) com etiqueta preenchida constando: "Data deabertura" e " Validade após abertura"
- Checar prescrições e carimbar nos rodapés com assinatura legivel.

Rotina durante a realização das trocas e banho:

- Higiene oral realizada
- Fixador de TQT centralizado, limpo.
- Curativos realizados com micropore datados e trocados de 24/24hs e/ou SN
- Mudança de decúbito realizada
- Trocar fixação de SNE

- Uso dos travesseiros e coxins para posicionamento do paciente - não utilizar lençol
- Elevação dos calcâneos sem estar encostando na cama

Ao término do plantão:

- Diurese desprezada no final do plantão, frasco de transporte limpo.
- Leito devidamente limpo, organizado e com materiais necessários para realização das atividades do próximo plantão.

Rotina diária do Enfermeiro:

- Passagem de plantão
- Conferência dos glicosímetros do setor
- Passagem de pendências e intercorrências deixadas no setor
- Verificação dos funcionários de acordo com a escala, e remanejamento dos mesmos conforme necessidade
- Verificar dimensionamento de pessoal/atribuições
- Após a abertura do Carrinho de emergência a responsabilidade da conferência TOTAL (medicações e materiais) e o levantamento dos mat/med com os lotes para solicitação é do enfermeiro. O mesmo deverá guardar no CE e lacrá-lo anotando o novo lacre na Planilha "Mapa de Utilização do Carrinho de Emergência".
- Supervisionar e cobrar as pendências da equipe de enfermagem;
- Gerenciar equipe;
- Verificar escala, organizar horários de almoço/horário de descanso e divisão de pacientes para obanho e cuidados integral.
- Inserir e manter na equipe o comprometimento com a vida e a excelência da qualidade de atendimentoao cliente;
- Acompanhar o médico em cuidados e técnicas especiais;
- Admitir pacientes em tratamento clínico, cirúrgico e em pós-operatório, iniciando Sistematização daAssistência de Enfermagem aos pacientes indicados com Fugulin acima de 21.
- Realizar check list de conferência dos CE, Bala de O2, temperartura da geladeira e laringoscópio
- Supervisionar e orientar preparo de exames;
- Avaliar os registros dos técnicos de enfermagem;
- Estar a par de todos os acontecimentos do plantão relacionados aos colaboradores, pacientes,

aparelhagem e materiais e registrar no livro de ocorrências

- Realizar visita e avaliar os pacientes de acordo com o perfil de complexidade
- Evoluir no sistema.
- Atender intercorrências
- Levar pacientes para exames acompanhado pelo médico conforme a gravidade, prencher Check-Listde movimentação segura.
- Realizar Fugulin, Braden, Mews, Escala de Morse, LPP e protocolo de TEV na admissão emtodos os pacientes através do sistema.
- Atualizar protocolo de TEV em pacientes cirúrgicos após 48h e imediatamente após realização decirurgia. Realizar nos pacientes clínicos sempre que houver mudanças clínicas.
- Realizar a prescrição de enfermagem de acordo com o diagnóstico de enfermagem estabelecido eFugulin acima de 21.
- Definir a realização de mudança de decúbito de acordo com a Escala de Braden
- Realizar aprazamento das prescrições médicas.
- Verificar os exames a serem colhidos e encaminhados para agendamento.
- Realizar curativos especiais e supervisionar curativos simples a cargo dos técnicos em enfermagem.
- Evoluir as intercorrências no sistema
- Atender intercorrências
- Levar pacientes para exames acompanhado pelo médico conforme a gravidade
- Acompanhar o médico durante a visita familiar de leito a leito quando necessário
- Participar do Round multidisciplinar às Terças feiras, 13:30 horas e relatar no prontuário as informaçõesdiscutidas com o Título: Round multidisciplinar.
- Relato e registro de intercorrências dos pacientes conhecidos, admissões de pacientes não conhecidos.
- Verificar os exames a serem colhidos e encaminhados para agendamento
- Realizar curativos especiais e supervisionar curativos simples a cargo dos técnicos em enfermagem.

V. Siglas e Definições

ACM: A critério médico.

SNE: Sonda Nasoentérica.

PA: Pressão arterial.

CPRE: Colangiopancreatografia rétrograda endoscópica.

ATB: Antibiotico.

SN: Se necessário.

CME: Central de material esterelizado.

CE: Carrinho de Emergência.

VI. Anexos

N.A

VII. Referências

N.A

POP INT 018 – SISTEMA DE CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE (SCP) – ESCALA DE FUGULIN

I. Objetivo

O Sistema de classificação do paciente (SCP) – Escala de Fugulin tem por objetivo identificar o perfil dos clientes, em relação à complexidade assistencial e de acordo com o grau de dependência da equipe de enfermagem, através do SCP Fugulin, para realizar a gerência/dimensionamento dos recursos humanos da enfermagem.

Para tanto, o instrumento de Fugulin estabelece uma relação direta entre a complexidade assistencial do paciente e as horas de assistência de enfermagem para as categorias profissionais. Essa relação serve como parâmetro para o dimensionamento de pessoal estabelecido pelo Conselho Federal de Enfermagem, atualmente por meio da Resolução COFEN Nº 293/2004, que determina os parâmetros mínimos para o dimensionamento do quadro de pessoal de enfermagem nas instituições de saúde. A Classificação de clientes possibilita estimar a demanda de cuidados de enfermagem, sendo essencial para dimensionar pessoal, planejar custos e garantir o padrão de qualidade da assistência. O quadro a seguir conceitua e descreve a classificação da complexidade assistencial do paciente conforme a pontuação da escala Fugulin.

Quadro 1: Conceituação e descrição da classificação da complexidade assistencial do paciente conforme apontuação da escala Fugulin.

Complexidade assistencial	Pontuação	Conceito
Cuidados Intensivos	> 31	Pacientes recuperáveis, com risco iminente de morte, sujeitos à instabilidade de funções vitais, que requeiram assistência de enfermagem e médica permanente e especializada.
Cuidados Semi-Intensivos	27 - 31	Pacientes recuperáveis, sem risco iminente de vida, sujeitos à instabilidade de funções vitais que requeiram assistência de enfermagem e médica permanente e especializada.
Alta Dependência	21 - 26	Pacientes crônicos que requeiram avaliações médicas e de enfermagem, estável sob o ponto de vista clínico, porém com total dependência das ações de enfermagem quanto ao atendimento das necessidades humanas básicas.
Cuidados Intermediários	15 - 20	Pacientes estáveis sob o ponto de vista clínico e de enfermagem que requeiram avaliações médicas e de enfermagem, com parcial dependência de enfermagem para o atendimento das necessidades humanas básicas.
Cuidados Mínimos	9 - 14	Pacientes estáveis sob o ponto de vista clínico e de enfermagem que requeiram avaliações médicas e de enfermagem, mas fisicamente autossuficientes quanto ao atendimento das necessidades humanas básicas.

II. Materiais

- Computador:
- Impressora;
- Folha A4;
- Sistema RM TOTV´s (Prontuário eletrônico);
- Caneta;
- Carimbo.

III. Abrangência

Setores assistenciais.

IV. Descrição dos Passos da Atividade

- O SCP Fugulin et al. (1994), deverá ser aplicado pelo enfermeiro(a) a todos os clientes adultos admitidos ou que já estejam internados nas enfermarias, uma vez ao dia e repetir a cada 24 horas;
- As unidades de internação que possuem uma rotatividade alta de pacientes como a Unidade 2 (obstetrícia e CPN), o enfermeiro deverá utilizar os SCP Fugulin et al. (1994) somente nos clientes que permanecerão internados por períodos superiores a 24 horas.
- A classificação dos clientes deverá ser dividida pelos enfermeiros dos turnos: diurno e noturno em plantões pare ímpar.
- Na unidade de Alojamento Conjunto (AC) as puérperas deverão ser classificadas como cuidado intermediário (embora apresentem perfil para cuidado mínimo), uma vez que, a assistência de enfermagem contempla também o recém-nascido (RN).
- O enfermeiro assistencial poderá utilizar o consolidado para dimensionar o quantitativo dos diferentes níveis de formação dos profissionais de enfermagem para cobertura assistencial, elaborando escalas e atribuições de acordo com a classificação do grau de dependência do paciente.
- Os registros deverão ser realizados na evolução de enfermagem;
- Juntamente à aplicação da escala,o enfermeiro das unidades avaliam também os riscos assistencias eprotocolos institucionais com foco em prestar uma assistência segura ao paciente, durante a admissão do paciente e diariamente pelos

enfermeiros plantonistas através da "Evolução de Enfermagem" no sistema RM TOTVS, além da realização "Prescrição da Assistência de

- Enfermagem" para paciente com pontuação no score de Fugulin >21 e que após definição dos riscos este são identificados em placas especificas fixadas em cada leito.

V. Siglas e Definições.

- SCP: Sistema de classificação do paciente
- CPN : Centro de Parto Normal
- AC: Alojamento Conjunto

VI. Anexos

ÁREA DE CUIDADO	GRADAÇÃO DA COMPLEXIDADE ASSISTENCIAL			
	4	3	2	1
Estado Mental	Inconsciente	Períodos de inconsciência	Períodos de desorientação no tempo e no espaço	Orientação no tempo e no espaço
Oxigenação	Ventilação mecânica (uso do ventilador a pressão ou a volume)	Uso contínuo de máscara ou cateter de oxigênio	Uso intermitente de máscara ou cateter de oxigênio	Não depende de oxigênio
Sinais Vitais	Controle em intervalos menores ou iguais a 2 horas	Controle em intervalos de 4 horas	Controle em intervalos de 6 horas	Controle de rotina (8 horas)
Motilidade	Incapaz de movimentar qualquer segmento corporal Mudança de decúbito e movimentação passiva programada e realizada pela enfermagem	Dificuldade para movimentar segmentos corporais Mudança de decúbito e movimentação passiva auxiliada pela enfermagem	Limitação de movimentos	Movimenta todos os segmentos corporais
Deambulação	Restrito ao leito	Locomoção através de cadeira de rodas	Necessita de auxílio para deambular	Ambulante
Alimentação	Através de cateter central	Através de sonda nasogástrica	Por boca com auxílio	Auto-suficiente
Cuidado corporal	Banho no leito, higiene oral realizada pela enfermagem	Banho no chuveiro, higiene oral realizada pela enfermagem	Auxílio no banho de chuveiro e/ou na higiene oral	Auto-suficiente
Eliminação	Evacuação no leito e uso de sonda vesical para controle de diurese	Uso de comadre ou eliminações no leito	Uso de vaso sanitário com auxílio	Auto-suficiente
Terapêutica	Uso de drogas vasoativas para manutenção de P.A.	E.V. contínua ou através de sonda nasogástrica	E.V. intermitente	I.M. ou V.O.

III. Referências

Gaidzinski RR. O dimensionamento do pessoal de enfermagem segundo a percepção de enfermeiras que vivenciam esta prática. [tese]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem/USP; 1994.

Groot HA. Patient classification system evaluation. Part 2: System selection implementation. J Nurs Adm 1989 July-August; 19(7): 24-30.

Fugulin MFT, Silva SH, Shimizo HE, Campos FPF. Implantação do Sistema de Classificação de Pacientes na Unidade de Clínica Médica do Hospital Universitária de São Paulo. **Rev. Med HU-USP.** 1994; 4 (1/2):63-8.

Fugulin FMT, Gaidzinski R, Kurcgant P. Sistema de classificação de pacientes: identificação do perfil assistencial dos pacientes das unidades de internação do HU-USP. **Rev Latino-am Enfermagem,** 2005; 13(1):72-8.

Conselho Regional de Enfermagem [Página na internet]. São Paulo: Conselho Federal de Enfermagem; [Acesso em 2004 novembro 14]. Resolução nº 293/04. Fixa e estabelece parâmetros para dimensionamento do quadro de profissionais de enfermagem nas instituições de saúde. Disponível em: http://www.corensp.org.br/resolucao293.html.

POP UTI 001- ADMISSÃO DOS PACIENTES NA UTI ADULTO

I. Objetivos

Padronizar as indicações e o recebimento do paciente na Unidade de Terapia Intensiva Adulto (UTI- A), com o objetivo de efetuar um tratamento humanizado e integral durante sua estadia no setor, facilitando assim sua adaptação e gerenciando os riscos.

A função da Terapia Intensiva é ser um serviço para internação de pacientes com condições potencialmente recuperáveis que irão se beneficiar de observação e tratamento intensivo e ainda pacientes doadores que necessitem da manutenção de órgãos, os quais não podem ser providos em outras áreas do hospital.

II. Materiais

- Impressos padronizados no setor (Histórico de enfermagem; Diagnóstico de enfermagem; Prescrição: médica e de enfermagem; Evolução: médica e de enfermagem; Laudo SUS, Balanço Hídrico, Ficha de Admissão Fisioterapêutica, Ficha de avaliação de Lesão por Pressão, Escala de Braden, Protocolo de TVP;

- Carimbo;

- Caneta;

- Box preparado contendo: 01 monitor multiparâmetros completo com (cabos de ECG, oximetria de pulso e monitorização eletrocardiográfica), estetoscópio, termômetro, 05 eletrodos, almotolias (01 Álcool 70% e 01 Sabonete líquido), sistema de gases (ar comprimido, oxigênio), sistema de aspiração (válvula de vácuo, sondas aspiração e luvas de ginotoque), cama elétrica com enxoval, suporte ventilatório

(Respirador mecânico, copo umidificador, AMBÚ) e cinco bombas de infusão contínua (BIC) para administração de dieta;

- Impresso "Check List do Leito UTI Adulto".

III. Abrangência

UTI Adulto.

IV. Descrição dos passos da atividade

IV.I. - Antes de decidir pela internação no Setor de UTI Adulto, o médico deverá ponderar:

- Bom prognóstico x prognóstico ruim;

- Probabilidade de benefício;

- Expectativa de vida devido à doença;

- Qualidade de vida prévia;

- Desejos do paciente;

- Compromisso com o atual paciente supera novos pacientes.

IV.II. - A decisão de internação em UTI

- Como a demanda de pacientes com indicação de UTI supera o número de vagas disponíveis, o médico enfrenta diariamente a necessidade de escolher qual paciente terá mais benefício com o tratamento intensivo. Esta escolha passa por algumas variáveis a serem consideradas:

- Gravidade do paciente, o que inclui prognostico de sua doença e comorbidades.

- Qualidade de vida prévia à internação.

- Possibilidade de recuperação.

Ao examinar o paciente avalie 03 possibilidades:

1.PACIENTE COM INDICAÇÃO DE UTI – PROCEDA A SOLICITAÇÃO DA VAGA IMEDIATA.

Tem indicação de internação em UTI todo paciente com instabilidade hemodinâmica, respiratória, neurológica ou infecciosa ou com grande potencial de evolução para instabilidade que necessite cuidados intensivos com potencial a recuperação e pacientes possíveis doadores de órgãos.

Critérios de admissão no UTI:

Prioridade 1: pacientes instáveis – aqueles que requerem tratamento e monitorações intensivas tais como; suporte respiratório, infusão contínua de drogas vasoativas e/ou suporte circulatório – possuem alta probabilidade de benefício.

Prioridade 2: pacientes estáveis com alto risco de deterioração aguda – requerem monitoração intensiva, tais como: risco iminente de descompensação e/ou com comorbidades graves em eventos agudos.

Prioridade 3: pacientes instáveis com chance reduzida de recuperação. São pacientes críticos porem com baixa probabilidade de recuperações tais como: doença de base grave com prognóstico reservado antes da piora clínica; doença aguda grave com falência múltipla de 2 ou 3 órgãos. Nestes casos os limites terapêuti- cos devem ser estabelecidos (intubação, manobras de RCP e outros).

2.PACIENTE EM ESTADO CRÍTICO – PORÉM SEM BENEFÍCIO DE UTI.

- São pacientes ditos "muito graves para UTI" tais como:

- Morte encefálica, exceto possíveis doadores;

- Estados vegetativos permanentes;

- Câncer metastático intratável;

- Pacientes em caquexia terminal por doenças diversas;

- Falência de múltiplos órgãos (4 órgãos);

- Pacientes que recusem tratamento.

Importante: Com o aumento da vida média, vem ocorrendo com muita frequência nos setores de emergência uma má interpretação em relação aos benefícios que um paciente em fase terminal terá ao ser internado em UTI. Em muitas situações, existem apenas falta de esclarecimento a família (geradora da internação) da real situação clínica do paciente e dos malefícios que ele terá ao ser internado nestas unidades. Se após toda avaliação e ponderação houver dúvida quanto aos benefícios de Terapia Intensiva, indique a internação do paciente.

3.Paciente sem indicação de UTI – Não necessita de UTI para sua recuperação ou a internação em UTI pode trazer maiores custos do que benefícios para o paciente – proceda à internação em outro setor do hospital.

IV.III. - Condições específicas ou patologias determinadas apropriadas para admissão à UTI

Distúrbios do Sistema Cardiovascular:

1. Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) com complicações;

2. Choque cardiogênico;

3. Arritmias complexas, requerendo monitorização contínua e intervenção;

4. Insuficiência cardíaca Congestiva (ICC) aguda com insuficiência respiratória e/ou requerendo suporte hemodinâmico;

5. Emergências hipertensivas;

6. Angina instável, particularmente com arritmias, instabilidade hemodinâmica e dor torácica persistente;

7. Parada Cardiorrespiratória (PCR);

8. Tamponamento cardíaco com instabilidade hemodinâmica;

9. Aneurisma dissecante da aorta;

10. Bloqueio cardíaco completo.

Sistema Pulmonar

1. Insuficiência respiratória aguda necessitando de suporte ventilatório;

2. Embolia pulmonar com instabilidade hemodinâmica;

3. Paciente em unidade intermediária com deterioração respiratória;

4. Necessidade de cuidados de enfermagem / fisioterapia não disponível em áreas como andares de apartamentos / enfermarias / semi-intensiva;

5. Hemoptise maciça;

6. Insuficiência respiratória com necessidade de intubação imediata.

Doenças Neurológicas

1. Doença vascular cerebral aguda com alteração no nível de consciência;

2. Coma metabólico, tóxico ou anóxico;

3. Hemorragia intracraniana com risco de herniação;

4. Hemorragia subaracnóide aguda;

5. Meningite com alteração do estado mental ou comprometimento respiratório;

6. Distúrbio do Sistema Nervoso Central (SNC) ou doenças neuromusculares com deterioração neurológica ou de função pulmonar;

7. Status epilepticus;

8. Morte encefálica enquanto potencial doador de órgãos;

9. Traumatismo Crânio-Encefálico (TCE) grave.

Ingestão / Overdose de Drogas

1. Instabilidade hemodinâmica;

2. Alteração no nível de consciência com proteção de via aérea inadequada;

3. Convulsão seguindo ingestão de drogas.

Doenças Gastrointestinais

1. Hemorragia digestiva ameaçadora à vida, incluindo hipotensão, angina, sangramento persistente ou

comorbidades;

2. Insuficiência hepática fulminante;

3. Pancreatite grave;

4. Perfuração esofágica com ou sem mediastinite.

Doenças Endócrinas

1. Cetoacidose diabética complicada com instabilidade hemodinâmica, alteração mental, insuficiência Respiratória ou acidose grave;

2. Crise tireotóxica ou coma mixedematoso com instabilidade hemodinâmica;

3. Estado hiperosmolar com coma e/ou instabilidade hemodinâmica;

4. Outros problemas endócrinos como crise adrenal com instabilidade hemodinâmica;

5. Hipercalcemia grave com alteração do estado mental, necessitando de monitorização hemodinâmica;

6. Hipo/hipernatremia com convulsão, alteração do estado mental;

7. Hipo/hipermagnesemia com comprometimento hemodinâmico ou arritmias;

8. Hipo/hipercalemia com arritmias ou fraqueza muscular;

9. Hipofosfatemia com fraqueza muscular.

Cirurgia

1. Pacientes de pós-operatório necessitando de monitorização hemodinâmica e suporte ventilatório ou cuidados intensivos.

Miscelânia

1. Choque séptico com instabilidade hemodinâmica;

2. Monitorização hemodinâmica;

3. Condições clínicas necessitando de cuidados de enfermagem de UTI;

4. Lesões por choque elétrico, afogamento, hipo/hipertermia;

5. Terapêutica com risco potencial de complicações.

IV.IV. - Transferências e Solicitações de vagas

- Nas transferências internas dos clientes, a unidade deverá ser comunicada previamente, para viabilização do leito.

- As solicitações de reservas de vagas deverão ser realizadas previamente, através de solicitação verbal e por escrito, ao enfermeiro e assim, agendado na agenda on-line do setor. Independente se a reserva for feita nas UTIs , seguirá o fluxo de alocação destas reservas já preestabelecido com a Direção Clínica (os leitos serão alocados para a cirurgia com 12 horas de antecedência, pelo plantão noturno respeitando a ordem de especificações de leitos e perfil do pacientes).

- As transferências externas dos clientes são comunicadas ao médico plantonista que confirmará com o enfermeiro a disponibilização do leito. Esta transferência será autorizada mediante cadastro na central de vagas do SUS, com assinatura em espelho pelo médico plantonista.

- Os pacientes internos que são admitidos na UTI deverão estar acompanhados pelo enfermeiro e médico internista, munidos de todas as documentações e prontuário.

- A equipe multidisciplinar recebe o paciente cordialmente, este é colocado na cama para iniciar a monitorização cardíaca, explicando os procedimentos que serão realizados com realização das atividades descritas no quadro a seguir:

Enfermeiro:

- Recebimento do paciente;
- Anamnese(entrevista e exame físico completo cefalopodal);
- Implementar as etapas da SAE;
- Instalação de dispositivos de acordo com indicação e prescrição médica(SNE,CVD,AVP);
- Atendimento às intercorrências junto a equipe;
- Lançar dados do paciente no passante, censo diário, planilhas, registro de pacientes mensal e controle de coletas de swabs de vigilância);
- Coleta de exames laboratoriais, culturas e swabs;
- Preencher formulário de avaliação de risco de prevenção de quedas;
- Avaliar a integridade cutânea e preencher ficha de avaliação de risco para lesão e aplicar escala de Braden;
- Realizar a aplicação do protocolo de TVP;
- Preencher Mapa de gestão de riscos beira leito;
- Aprazar as prescrições: médicas, enfermagem e nutrição;
- Realizar evolução diária e quando necessário de acordo com intercorrências.

Técnicos de enfermagem

- Receber o paciente e acomodar o mesmo no leito;
- Realizar a monitorização do paciente;
- Iniciar o preenchimento da planilha de controle de balanço hídrico , cabeçalho com dados do paciente, lançando sinais vitais, datando dispositivos, lançamento no rodapé e dias de dispositivos;
- Retirar acessórios como próteses e protocolar junto à família e ou responsável;
- Verificar permeabilidade das sondas e cateteres;
- Realizar punção de acesso venoso periférico S/N;
- Atendimento às intercorrências junto à equipe multiprofissional;
- Realizar cuidados de higiene corporal e oral para conforto do paciente respeitando às indicações e condições dos pacientes;
- Solicitar via sistema as medicações e materiais para o cuidado de acordo com prescrição e rotinas estabelecidas;
- Organizar prontuário, conferir as checagens de medicações administradas;
- Entregar cartilha de orientações aos acompanhantes e família;
- Realizar anamnese e exame físico e posterior registro de evolução em prontuário eletrônico;

Médico

- Receber o paciente;
- Realizar anamnese e exame físico-clínico adequadamente;
- Solicitar exames diagnósticos se necessário;
- Solicitar parecer à especialistas se necessário for;
- Realizar procedimentos invasivos S/N e solicitar ajuda da equipe de enfermagem;
- Atender intercorrências coordenando às ações conforme determinadas em guidlines;
- Preencher formulários de autorização de internação e ficha de internação com diagnósticos provisórios;
- Realizar prescrição, reavaliar o paciente e evoluir em prontuário letrônico todas as condutas e assistência prestada bem como plano de cuidados.

Fisioterapeuta

- Realizar avaliação fisioterapêutica inicial para identificar quais pacientes possuem indicação para atendimento;
- Atendimento fisioterápico(respiratório e motor);
- Anamnese (entrevista e exame físico completo cefalopodal);
- Realizar evolução do paciente e assistência prestada em prontuário letrônico.

V. Siglas e Definições

BIC: Bombas de Infusão Contínua;

CVD: Cateter Vesical de Demora;

IAM: Infarto Agudo do Miocárdio;

ICC: Insuficiência cardíaca Congestiva;

VI. Anexos

N.A.

VII. Referências

http://www.szpilman.com/CTI/protocolos/indicacao%20interna%C3%A7%C3%A3o%20em%20terapia%20intensiva.pdf

http://www.cirf.fortaleza.ce.gov.br/index.php/protocolos-de-regulacao/diretrizes-em-uti?showall=1&limitstart=

POP UTI 002- BALANÇO HÍDRICO

I. Objetivos

O Balanço Hídrico (BH) tem como objetivo o controle ou monitorização de líquidos ingeridos, infundidos e eliminados nas 24 horas. Serve como instrumento de avaliação diária do equilíbrio hídrico de um paciente em estado crítico e, a partir desse resultado é possível planejar e executar uma assistência integral e multiprofissional ao paciente. Permite controlar e adequar o aporte hídrico de acordo com a afecção, evitando-se assim a sobrecarga volêmica ou desidratação.

O balanço hídrico do paciente deve ser equilibrado de forma que o volume de líquidos administrados seja igual ou muito próximo do volume de líquidos eliminados. Quando as perdas são superiores às quantidades administradas, diz-se que o balanço hídrico é negativo, caso contrário diz-se que é positivo. Através do BH é possível avaliar a função renal e cardíaca, bem como ocorrência de complicações, como hipovolemia e hipervolemia. O BH tem controles parciais de 12 horas, sendo de 06:00h às 18:00h e de 18:00h às 06:00h, registrados em impresso próprio da instituição.

Às 06:00h, o balanço total é fechado, utilizando os valores encontrados nos balanços parciais. O resultado final é somado ao do dia anterior e assim sucessivamente, resultando no total de líquido acumulado/eliminado pelo paciente desde sua entrada na unidade. Com isso, pode-se apreciar o seu estado hídrico.

II. Materiais

- Caneta;

- Impresso Balanço Hídrico;

- Frasco graduado para mensuração e descarte de secreções;

- Equipamento de proteção individual (EPI) – luvas de procedimento, máscara, capote e óculos;

- Calculadora.

III. Abrangência

UTI Adulto.

IV. Descrição dos passos da atividade

1. Enfermeiro

- Supervisionar as anotações realizadas em impresso próprio, nas 12 horas do plantão;

- Lançar em folha de balanço hemotransfusões e administração de Nutrição Parenteral Total (NPT);

- Fechar o balanço hídrico ao término de 24 horas (ás 06h);

- Comunicar alterações dos valores obtidos ao Médico Plantonista;

- Conferir os dados do BH e o campo de tempo de permanência e local;

- Conferir e supervisionar os dias dos dispositivos invasivos e antibióticos;

- Após fechamento do balanço das 24h, o enfermeiro deverá assinar e carimbar o impresso.

2. Técnico de Enfermagem

- Abrir a folha do balanço hídrico no momento da admissão, registrando no impresso próprio: nome, dias de UTI, data, data de nascimento, prontuário e leito. (Obs: os dias de UTI iniciam como D1), assinando e carimbando o impresso;

- Parâmetros fisiológicos: é avaliado de 02/02h, ou antes, S/N, de acordo com a gravidade do paciente.

Obs: pacientes de alta da UTI aguardando transferências e em "cuidados paliativos" definidos pela equipe multidisciplinar podem ser registrados a cada 6h;

- Medir e registrar conforme rotina de registros: Pressão Intracraniana (PIC), Pressão Intra-abdomi- nal (PIA) e Pressão Venosa Central (PVC) conforme prescrição;

- Medir e registrar conforme rotina de registros: SSVV: temperatura axilar (T.ax); Frequência Cardíaca (FC); Frequência Respiratória (FR); Pressão Arterial (PA), Pressão Arterial Média (PAM), Saturação de O2 (Sat 02);

- Avaliação da Escala Visual Analógica de Dor (EVA) ou Escala BPS conforme padronizado de 4/4hs (08h, 12h, 16, 20h, 24h e 04h), anotação do valor, conduta, reavaliação e assinatura do funcionário;

- Avaliação neurológica para pacientes sedados pela Escala de RASS;

- Registro se o paciente é ALÉRGICO e a colocação da etiqueta AMARELA para sinalizar;

- Preenchimento do valor da pressão do CUFF no período da manhã, tarde e noite,

- As glicemias de horário deverão ser lançadas no balanço contendo a correção de insulina quando necessário, além da checagem nas prescrições;

- A glicemia capilar prescrita de 1/1 hora ou de 2/2 h, em uso da medicação em bomba de infusão deverá ser registrado em impresso próprio;

- Todo o líquido oferecido ao paciente deverá ter seu volume medido e registrado no impresso do controle hídrico, na coluna correspondente a líquidos administrados;

- Lançar no BH todos os líquidos parenterais com volume ≥50ml;

- As infusões parenterais entrarão na coluna de líquidos administrados e as enterais recebidas pelo paciente devem ser anotadas na coluna corresponde à nutrição;

- Toda alimentação oferecida via oral, deverá ser anotada na coluna referente à nutrição – dieta e líquidos. Estimativas de volume correspondentes à dieta: livre: 510 gramas; branda: 445 gramas; líquida restrita: 210 gramas, sopa: 380 gramas;

- Todo liquido eliminado pelo paciente deve ser medido e anotado na coluna corresponde às perdas líquidos drenados (diurese, vômito, secreções, filtrado de diálise e fezes) de 2/2h, ou a cada 12h;

- O registro da secreção proveniente do dreno de tórax será lançado a cada 24h e a troca do selo d´água será feito a cada 12h (às 18h e as 06h);

- Os fluidos que não puderem ser medidos poderão ser avaliados utilizando-se símbolos como: Pequena quantidade: +/4; Média quantidade: ++/4 ou +++/4; Grande quantidade: ++++/4 (onde cada + equivale a 50ml);

- Fechar o balanço hídrico no horário determinado (06h e 18h). Somam-se todos os líquidos administrados (água, dieta enteral, soro, drogas vasoativas) e subtrai-se o valor total eliminado (diurese, fezes, vômito, débito de cateter nasogástrica ou nasoenteral). O valor poderá ser positivo ou negativo;

- Quando o valor for positivo, significa que o paciente está eliminando menos do que está recebendo de líquidos;

- Quando o valor for negativo, significa que o paciente está eliminando mais do que está recebendo de líquidos;

- Ao término de cada plantão de 12 horas fazer o transporte dos valores das infusões para a nova folha de balanço hídrico;

- Admissão do paciente inicia como D1;

- Todo antibiótico inicia como D0;

- As drogas vasoativas deverão ser escrito o tipo e ml/h;

- Tempo de permanência de acessos, sondas, drenos deverão ser iniciados como D0. Em caso de troca de TOT, TQT, SNE, SNG manter a contagem do tempo. Se for CVD, AVC, AVP, drenos, iniciar a contagem de D0;

- Parâmetros ventilatórios: Tipo de ventilação, FIO2, Volume, Pressão, PEEP e frequência – Observar no ventilador mecânico os parâmetros ventilatórios;

- Parâmetros da oxigenoterapia: colocar via: cânula nasal, máscara facial com reservatório, macrovaporização ou tubo T e suporte de O2 em número de litros;

- Avaliar o tamanho da pupila de acordo com a escala no verso do balanço;

- A escala de RASS somente deverá ser utilizada quando o paciente estiver em uso de sedação;

- A escala de Glasgow deverá ser utilizada para pacientes que estão sem sedação por período ≥24h;

- A avaliação de forças dos MMSS e MMII deverão ser preenchidas sempre;

- Deverá ser preenchido o campo de secreção traqueobrônquica: característica, viscosidade e quantidade de acordo com o tipo de secreção observada;

- Observações de enfermagem deverão ser lançadas no Sistema RM contendo todas as intercorrências ocorridas durante o plantão;

- Toda a assinatura contida no BH deverá ter o nome de forma legível;

- Em caso de rasura: passar o impresso a limpo.

3. Fisioterapeuta

- Quando aspirar ao paciente escrever no campo de secreção traqueobrônquica as características, viscosidades e quantidades de acordo com a escala no impresso.

4. Corpo clínico

- Conferir os dados do BH e o campo de tempo de permanência (dias de UTI) e local;

- Conferir o tipo e o tempo de antibiótico;

- Solicitar parecer para Cirurgia do tórax caso tenha indicação em fazer traqueostomia de acordo com o tempo de TOT.

- Avaliar e intervir mediante os volumes de ganhos, perdas, balanço hídrico positivo ou negativo e débito urinário conforme indicação clinica.

V. Siglas e Definições

BH: Balanço Hídrico.

PIC: Pressão intracraniana.

PIA: Pressão Intrabdominal.

PVC: Pressão Venosa Central.

Tº: Temperatura Axilar.

FC: Frequência Cardíaca.

FR: Frequência Respiratória.

PA: Pressão Arterial.

PAM: Pressão Arterial Média.

SAT: Saturação.

TOT: Tubo Orotraqueal.

TQT: Traqueostomia.

VI. Anexos

Anexo 01: Fórmulas Balanço Hidroeletrolítico

Água Endógena (AE) = 5ml por Kilo (5 X KG).

Perdas insensíveis:

12 X peso (Pct. Em ventilação espontânea).

14 X peso (Pct. Em ventilação espontânea + febre).

15 X peso (Pct. Em ventilação mecânica).

17 X peso (Pct. Em ventilação mecânica + febre).

Para balanços com tempo inferior à 24h, realizar regra de 3.

OBS: VÔMITOS/ URINA EM FRALDAS / FEZES: 200ml por episódio, ou seja, cada cruz equivale a cerca de 50ml.

Anexo 02: Escala de Coma de Glasgow



Anexo 03: Escala de Sedação: "Richmond Agitation Sedation Scale" – RASS

"Richmond Agitation Sedation Scale" - RASS

Pontuação: pontuação zero refere-se ao doente alerta, sem aparente agitação ou sedação. Níveis inferiores a zero significam algum grau de sedação; níveis superiores significam que o doente apresenta algum grau de agitação

Pontuação	Classificação	Descrição
4	Combativo	Combativo, violento, risco para a equipa
3	Muito agitado	Conduta agressiva, puxa ou remove tubos ou cateteres, agressivo verbalmente
2	Agitado	Movimentos despropositados frequentes, briga com o ventilador
1	Inquieto	Intranquilo, ansioso, sem movimentos vigorosos ou agressivos
0	Alerta e calmo	Alerta, calmo
-1	Sonolento	Adormecido, facilmente despertável, mantém contacto visual por mais de 10 segundos
-2	Sedação leve	Despertar precoce ao estímulo verbal, mantém contato visual por menos de 10 segundos
-3	Sedação moderada	Movimentos e abertura ocular ao estímulo verbal, mas sem contato visual
-4	Sedação intensa	Sem resposta ao estímulo verbal, mas apresenta movimentos ou abertura ocular ao toque (estímulo físico)
-5	Não desperta	Sem resposta a estímulo verbal ou físico

Referências - Ely E, Truman B, Shintani A, et al. Monitoring Sedation Status Over Time in ICU Patients: Reliability and Validity of the Richmond Agitation-Sedation Scale (RASS). JAMA. 2003;289(22):2983-2991. doi:10.1001/jama.289.22.2983

Anexo 04: Avaliação do Tamanho da Pupila



+ Apresenta resposta à Luz.
– Não apresenta resposta à luz.

Anexo 05: Avaliação Neurológica - Avaliação da Força

5 = Semelhante à força do examinador.

4 = Menor do que a força do examinador, mas levanta e nove BEM o mesmo.

3 = Levanta o membro que logo cai.

2 = Não levanta o membro.

1 = Apresenta contração muscular sem mover o membro.

0 = Sem evidência de contração muscular.

VII. Referências

http://www.enfermeiroaprendiz.com.br/entenda-os-principais-aspectos-do-equilibrio-hidroeletrolitico/

https://www.enfermagemnovidade.com.br/2014/08/balanco-hidrico-e-os-cuidados-de.html

POP UTI 003- LEITO HUMANIZADO

I. Objetivos

Incluir a participação dos familiares no tratamento junto ao paciente, estimulando-o e incentivando-o, buscando o equilíbrio da ruptura biopsicossocial causada pela hospitalização. Objetivando minimizar o sofrimento do momento vivenciado pela internação em um setor fechado/complexo, visando a HUMANIZAÇÃO na Unidade de Terapia Intensiva Adulto (UTI-A), com o propósito de participação dos familiares no tratamento.

II. Materiais

- Computador;

- Prontuário eletrônico;

- Passante dos enfermeiros;

- Placas de visualização sinalizadas nos leitos.

III. Abrangência

Unidade de Terapia Intensiva Adulto (UTI-A).

IV. Descrição dos passos da atividade

- Indicado para pacientes estáveis em seu quadro clínico, e que na avaliação da equipe multiprofissional a presença da família no setor auxiliará no equilíbrio biopsicossocial do paciente, buscando proporcionar adesão ao tratamento, aceitação da doença, alívio de sofrimento, sentimentos, melhora da relação Profissional/paciente;

- O Leito Humanizado é acompanhado pela psicóloga da instituição, sua evolução é registrada no prontuário do paciente;

- A participação da família é, fundamental para apoio, acolhimento ao paciente, estes são orientados quanto ao comportamento dentro de um uma UTI. Também são avaliados quanto ao início destaparticipação, pois, é fundamental que os familiares saibam os objetivos propostos;

- O tempo de permanência proposto para o familiar no setor é de 08:00h às 20:00h Podendo apenas 1 familiar permanecer dentro deste horário, sendo liberada troca de familiar às 14h. Este horário poderá ser modificado, interrompido e/ou cancelado devido às intercorrências no setor conforme avaliação profissional (Psicólogo, Médico e Enfermeiro);

- É oferecido ao acompanhante/familiar um folheto educativo explicativo contendo todas as informações referentes ao leito humanizado, ou seja, o mesmo é orientado quanto à participação nesta proposta;

- O acompanhante/familiar assina o recebimento e o compromisso quanto a estas orientações;

- Para conhecimento da equipe Interdisciplinar a respeito do Leito humanizado, é colocada a placa de identificação no leito (anexo 2).

IV. I Psicóloga

- Convida o familiar/acompanhante para participar do leito humanizado, a partir do consenso com toda equipe multidisciplinar;

- Orienta os familiares quanto aos objetivos, importância e funcionamento;

- Comunica ao Setor de Recepção sobre a liberação do leito humanizado fornecendo o nome e o número do leito do paciente;

- Avalia o paciente quanto à presença deste acompanhante/familiar, fazendo os registros necessários no prontuário;

- Avalia as reações emocionais do paciente a partir da presença do acompanhante/familiar bem como resultado para melhora clínica;

- Registra a participação destes acompanhantes/familiares no prontuário;

- Responsável por sinalizar no leito a placa de "Leito Humanizado".

IV. II Recepção

- Coleta a assinatura do familiar responsável pelo leito humanizado e disponibiliza o impresso com as orientações;

- Comunica e solicita autorização para a entrada deste acompanhante/familiar no setor.

IV. III Técnico de enfermagem

- Recebe o acompanhante/familiar, orientando-o quanto a lavagem das mãos, pertences, uso de adornos, uso de avental, gorro, quando necessário, e o encaminha ao leito do paciente.

IV. IV Enfermeiro

- Na ausência do psicólogo, comunica ao Setor de Recepção sobre a liberação do leito humanizado fornecendo os dados do paciente;

- Acompanha a participação deste acompanhante/familiar e também faz as devidas orientações;

- Avalia as reações emocionais do paciente a partir da presença do acompanhante/familiar bem como resultado para melhora clínica;

- Avalia o paciente quanto à presença deste acompanhante/familiar, fazendo os registros necessários no prontuário;

- Responsável por sinalizar no leito a placa de "Leito Humanizado".

IV. V Médico plantonista

- Avalia as condições clínicas do paciente.

- Avaliar a participação do acompanhante/familiar, junto à Psicóloga e Enfermeiro.

VI Fisioterapeuta e coordenações: Médica, Enfermagem e Fisioterapia

- São comunicados a respeito do leito humanizado e fazem sua avaliação e acompanhamento e contribuem para a continuidade deste.

V. Siglas e Definições

UTI-A - Unidade de Terapia Intensiva Adulto.

VI. Anexos

Anexo 1: Placa de sinalização no leito



VII. Referências

http://portalms.saude.gov.br/acoes-e-programas/politica-nacional-de-saude-bucal/legislacao/693-acoes-eprogramas/40038-humanizasus

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf

POP UTI 004 - ROUND MULTIDISCIPLINAR NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

I. Objetivos

- A Unidade de Terapia Intensiva Adulto (UTI-A) é um setor de alta complexidade no ambiente hospitalar.

- A monitoração da qualidade de serviços prestados torna-se a cada dia fundamental para segurança do paciente crítico. Para tanto é de extrema importância o trabalho sistematizado da equipe multidisciplinar, visando benefícios para os pacientes, tendo como objetivos:

- Propor em conjunto os benefícios que se sobreponha aos riscos em potencial;

- Monitorar e avaliar os protocolos instituídos;

- Realizar o planejamento da assistência multidisciplinar;

- Garantir a continuidade da assistência 24 horas em todos os dias da semana;

- Estabelecer espírito de equipe, entre os profissionais que trabalham juntos, de forma organizada, cooperativa, complementar e responsável.

II. Materiais

- Placa de Gestão de Riscos "Round Interdisciplinar da UTI";

- Prontuário.

III. Abrangência

UTI Adulto.

IV. Descrição dos passos da atividade

As visitas multidisciplinares são realizadas diariamente nas UTI Adulto I e II com a presença dos Coordenadores (médico, enfermagem e nutrição), Médicos, Enfermeiros, Técnicos em Enfermagem, Fisioterapeutas, Psicóloga, Farmacêutica, Assistente social, Nutricionista, Fonoaudióloga, Enfermeiro do SCIH, Residentes médicos e da equipe multiprofissional e Acadêmicos multidisciplinares.

IV.I Descrição de Responsabilidades

Equipe multidisciplinar

- Em caso de aplicabilidade propõe o "Cuidado paliativo" ou liberação do "leito Humanizado";

- Faz o planejamento da alta multidisciplinar;

- Programação de procedimentos de despertar diário; desmame da sedação e ventilação mecânica;

- Programação de retirada de dispositivos invasivos;

- Definição de condutas, intervenções, terapêutica e cuidados.

Médico:

Resumo a história do paciente: patologia de base, evolução e tratamento instituídos desde a internação do paciente; resultado de exames.

Enfermeiro:

Apresenta as pendências de exames e procedimentos, orientações gerais e informações gerais sobre o paciente e sua adesão ao tratamento, evolução clínica e intercorrências, gerenciamento de eventos adversos, sugere a possibilidade de retirada de dispositivos invasivos e, posicionamento dos familiares sobre os casos mais graves.

Técnico em enfermagem:

Apresenta informações gerais sobre o paciente e sua adesão ao tratamento, intercorrências e posicionamento dos pacientes e familiares sobre o tratamento.

Fisioterapeuta:

Relata sobre terapêutica instituída, evolução do quadro, resultado de gasometria, parâmetros ventilatórios. Neste momento é discutido sobre a possibilidade de interrupção da sedação (caso o paciente esteja entubado) e possibilidade de desmame ventilatórios.

Psicologia

Relata sobre os aspectos emocionais do paciente durante a internação, bem como as reações dos familiares perante a doença ou alterações na saúde.

Residentes

Acompanham e as decisões da equipe multidisciplinar e opina dentro de sua área de atuação, registra no prontuário eletrônico toda meta terapêutica discutida durante o Round Multidisciplinar.

Farmacêutica:

Discute sobre os medicamentos prescritos para intervenções em relação ao tempo de antibioticoterapia, presença de alergias ou não, dosagem e posologia dos medicamentos em geral.

Enfermeira SCIH:

Apresenta o controle de vigilância, resultado de culturas, orienta sobre isolamento e os tipos, discutido junto a a médica responsável pelo setor de infectologia qual melhor proposta terapêutica antimicrobiana.

Fonoaudiologia:

Relata sobre a deglutição do paciente, risco de bronca aspiração e conduta definida.

Nutricionista:

Relata necessidade calórica do paciente, tipo de dieta prescrita, aceitação, jejum prolongado, etc., sendo discutida a manutenção ou não do tipo de dieta, volume a ser infundido e pausa noturna ou não (quando o paciente fizer uso de dieta enteral).

Acadêmicos multidisciplinares

Acompanha o Round com forma de aprendizagem e opina dentro da sua área de atuação.

IV.II - Monitoramento:

Através dos indicadores e notificações de eventos adversos sobre:

- Índice de infecção por dispositivos invasivos (AVC e CVD);

- Sepse;

- Taxa de eventos adversos;

- Taxa de ocupação e o tempo de permanência de cada paciente.

V. Siglas e Definições

CVD: Cateter Vesical de Demora.

AVC: Acesso Venoso Central.

VI. Anexos

N.A.

VII. Referências

Resolução nº 7/2010 e Portaria nº 466/ MS. http://www.redalyc.org/pdf/408/40846964007.pdf

POP UTI 005 - FLUXO DE MATERIAL ESTÉRIL NO SETOR UTI ADULTO

I. Objetivos

Padronizar a utilização do material estéril no setor, organizando sua dispensação e armazenamento dos mesmos, bem como o envio dos materiais utilizados para a Central de Material Esterilizado (CME) a fim de serem reprocessados, garantindo o arsenal destes materiais na unidade, padronizando quantidade e tipo do mesmo, assegurando uma assistência à saúde de qualidade e com segurança para o paciente.

II. Materiais

- 02 Tupperware (um para material contaminado e outro para material limpo);

- Prontuário eletrônico: solicitação e devolução de material para CME;

- Saco plástico na cor cinza.

III. Abrangência

UTI Adulto.

IV. Descrição dos passos da atividade

IV.I – Horário da CME

- Horário para retirada dos materiais esterilizados da CME é livre;

- Encaminhar material contaminado completo, acondicionado em container fechado e identificado, no horário de 10:00h às 11:00h, 15:00h às 16:00h e 01:00h à 02:00h;

- Materiais com esterilização vencida, deverão ser encaminhados toda segunda-feira, de 14:00h as 15:00h;

- Observação: Tais horários permanecem para os materiais de rotina (bacias, periquitos, comadres e etc).

As bandejas poderão ser entregues em qualquer momento.

IV.II – Material estéril

- Os materiais estéreis deverão ser trazidos completos e conferidos para o setor de UTI Adulto, em tupperware fechado e alocado no armário com porta descriminada. Esta alocação do material é feita pela data de validade, ou seja, os materiais com vencimento primeiro ficarão posicionados para serem utilizados.

- Em caso de urgência ou quando o material é insuficiente devido ao número de procedimentos, podem ser solicitados materiais fora destes horários padronizados, acompanhado de justificativa plausível.

- A conferência das validades dos materiais é feito na primeira quinzena de cada mês pelo funcionário técnico de enfermagem diarista e o mesmo retira os materiais vencidos do dia 15 do mês de conferência ao dia 15 do mês subsequente. Este material será disponibilizado para uso imediato e/ou período de validade, ou reencaminhado para CME.

IV.III – Material alocado no setor:

02 Bacia;

01 Jarro;

02 Pacotes de campos operatórios;

04 Pacotes de aventais;

02 Cuba rim;

02 Bandeja de Cateterismo Vesical; 01 Bandeja de Intracath;

01 Bandeja de Pequena Cirurgia;

02 Comadres;

01 Periquitos;

02 Bandeja de Traqueostomia;

03 Kits de respirador (02 traqueias + 01 conexão Y);

10 "Espaço morto";

02 Kits de macro (copo + traquéia + máscara); 08 Extensões de silicone;

01 Kit Ambú (reservatório + máscara + extensor);

02 Kits de VNI (máscara almofadada + garrinhas + fixadorVNI); 04 Copos de vacuômetro/Vidros de vácuo;

02 Umidificadores;

02 Máscaras com reservatório;

03 Conexões de: "T", "Y", Joelho e Universal;

04 Kits de nebulização.

IV.IV – Material contaminado

Os materiais contaminados deverão ser encaminhados para CME completos e conferidos no Tupperware fechado descrito como contaminado. Os materiais montados como kits deverão ser colocados em sacos plásticos transparente.

IV.V – Registro

No prontuário eletrônico, são registrados todos estes movimentos de materiais, ou seja, quantidade e tipo de material esterilizado que se buscou na CME, bem como quantidade e tipo de materiais foram encaminhados para a esterilização.

V. Siglas e Definições

CME: Central de Material Esterilizado

VNI: Ventilação Não Invasiva.

VI. Anexos

N.A.

VII. Referências

N.A

POP UTI 006 - ABORDAGEM MULTIDISCIPLINAR NA VISITA FAMILIAR DA UTI ADULTO

I. Objetivos

- A Unidade de Terapia Intensiva Adulto (UTI-A) tem sido vista como um local de esperança, mas principalmente de angústia e sofrimento, tanto para pacientes quanto para familiares.

- A família frequentemente sente-se desamparada e temerosa à beira do leito do seu familiar gravemente enfermo. Os tubos, curativos, fios e aparelhos, com os quais a equipe da UTI está tão acostumada, são amedrontadores para os membros da família. Ao verem estes equipamentos fixados ao seu familiar podem relutar em tocar o paciente por medo de causar dano a ele ou ao equipamento.

- No momento da visita, a equipe Multidisciplinar intensiva tem a oportunidade de oferecer apoio, explicando e descrevendo os equipamentos e o aspecto do paciente à família e ao próprio paciente informando-lhes em uma linguagem acessível e com adequação científica verbal para a compreensão dos usuários sobre seu quadro clínico, prognóstico e esclarecimento de suas dúvidas.

- Objetivo deste PRS é oferecer principais orientações à equipe multidisciplinar para com os pacientes, familiares, responsáveis e visitantes de como proceder durante o tratamento na UTI-A, promovendo uma continuidade do processo de Humanização no atendimento intensivo.

II. Materiais

Cartilha de Orientações aos familiares.

III. Abrangência

UTI Adulto.

IV. Descrição dos passos da atividade

A UTI é um ambiente com estrutura, equipamentos e pessoal preparado para cuidar de pessoas em situações especiais. Os pacientes internados na UTI ficam ligados a aparelhos para acompanhar os batimentos cardíacos e a respiração. Geralmente ficam sem roupas, cobertos com lençóis e cobertores, para melhor atendimento.

IV.I – Horário de Visitas

Horário de visita para familiares (permitida a entrada de dois familiares em cada horário de visita):

- 11:00 às 13:00h.

- 17:00 às 20:00h.

Leito humanizado/ Cuidados paliativos: (pode ficar de acompanhante 01 pessoa da família podendo ter uma trocar às 14:00h)

- 08:00 às 20:00h.

Observação: A visita dos familiares é fundamental para a recuperação do paciente e para o equilíbrio do núcleo familiar, portanto deve ser incentivada.

IV.II – Equipe multidisciplinar

A equipe multiprofissional passará em cada leito durante o horário da visita para esclarecer dúvidas e dar informações sobre o estado do paciente. Em relação ao diagnóstico/prognóstico clínico, somente será abordado pelo médico no segundo horário de visita.

Caso o familiar tenha dificuldade com os horários oferecidos, este deverá entrar em contato com a equipe para estudo de um horário alternativo quando possível.

Corpo Clínico:

- Evolução da doença, tratamento, prognóstico e resultado de exames.

Enfermeiro:

- Orientação sobre o ambiente intensivo (equipamento, rotinas setoriais), cuidados prestados ao paciente;

- Escuta sensível e acolhimento do paciente, familiares e visitantes;

- Esclarecer e solucionar as dúvidas pertinentes;

- Fornecer informações gerais sobre as respostas apresentadas pelo paciente frente a terapia implementa- da sinais vitais, alimentação, integridade cutânea e eliminações;

- Devolução de pertences com registro dos mesmos;

- Liberação de possível revezamento quando cabível.

Psicóloga:

- Orientação sobre as reações emocionais do paciente diante da internação e do adoecimento aos familiares.

- Avaliação emocional dos familiares diante do quadro clínico do paciente e da notícia fornecida pela equipe.

Suporte psicológico aos familiares.

Fisioterapia:

- Fornece informações sobre a evolução ventilatória e motora do ponto de vista fisioterapêutico.

Técnico de enfermagem:

- Fornecer informações gerais sobre os sinais vitais, alimentação, integridade cutânea e eliminações;

- Devolução de pertences com registro dos mesmos.

Técnico de enfermagem administrativo:

- Coleta de assinatura da Ficha de Internação caso necessário;

- Entrega a Cartilha de Orientação aos familiares, solicitando a assinatura em impresso próprio, arquivando- a em prontuário, além de evoluir no sistema.

IV.II - Que cuidados o visitante deve ter para estar na UTI?

- É obrigatória a lavagem das mãos ao entrar e sair da UTI, além do uso das luvas de procedimento, disponibilizadas pelo Enfermeiro na porta principal da UTI.

- É proibido tocar nos aparelhos para evitar que sejam desprogramados da função e para não prejudicar o paciente

- Para trazer qualquer objeto para o paciente, como rádio, CD, revistas, livros, etc., é preciso consultar a equipe.

O carinho e a atenção da família e dos amigos é mais importante que qualquer objeto.

- Para o paciente internado na UTI, a visita é muito importante. Então toque e acaricie. Converse com ele, mesmo que ele não responda: isso pode ser efeito da sedação;

- É comum os pacientes ficarem edemaciados (inchados) na UTI, devido às medicações e soros;

- Se desejar, pode trazer para seu familiar sabonete líquido, desodorante, shampoo e creme hidratante de sua preferência;

- Procure levar para casa os pertences que estejam com o paciente internado na UTI, tais como alianças, anéis, celulares, dinheiro, documentos, entre outros;

- É importante que seja informado à recepção os números de telefone para contato;

- Para evitar mal entendidos, não fornecemos informações sobre o estado do paciente pelo telefone no se- tor, somente é disponibilizado em boletim médico e no horário de visita.

V. Siglas e Definições

UTI-A - Unidade de Terapia Intensiva Adulto.

VI. Anexos

N.A.

VII. Referências

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/folheto_informativo_uti.pdf

POP UTI 007 - ABORDAGEM MULTIDISCIPLINAR NA VISITA FAMILIAR DA UTI ADULTO

Identificação dos pacientes no leito da UTI Adulto

I. Objetivos

Descrever a forma de identificação nos leitos da Unidade de Terapia Intensiva Adulto (UTI-A), a fim de orientar e explicar o tipo de sinalização para todos os profissionais envolvidos na assistência direta e/ou indireta do paciente.

II. Materiais

- Ficha de identificação do paciente;

- Placas de acrílico;

- Placa de identificação de tipo de precaução;

- Placa de rotina de mudança de decúbito;

- Placa de Identificação beira leito na UTI;

- Placas de sinalizações diversas;

- Sinalização com bolinha Verde.

- Pulseira identificação.

III. Abrangência

UTI Adulto.

IV. Descrição dos passos da atividade

IV.I – Placa de acrílico contendo Ficha de Identificação do paciente

Esta identificação é gerada no momento da internação do paciente pela recepção no sistema , contendo: nome completo do paciente, a data de entrada, data de nascimento, idade, número do prontuário, número do atendimento e tipo de convênio, médico responsável pela internação e nome completo da mãe (Anexo 01).

IV.II – Placa de acrílico contendo Tipo de precaução (padrão, contato ou respiratória)

Esta placa é colocada pelo Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH) ou pelo enfermeiro assistencial da UTI Adulto, de acordo com os PRS SCIH (Precaução padrão, contato e respiratórias).

IV.III– Placa: Rotina de mudança de decúbito

O intuito desta placa é identificar e visualizar das rotinas de mudança de decúbito, de acordo com a escala de Braden e restrição de decúbito, além de sabermos se este paciente está sendo submetido à fisioterapia motora (Anexo 02).

IV.IV– Placa: Rotina de mudança de decúbito

O intuito é facilitar a comunicação multidisciplinar contendo todo o planejamento diário do paciente e identificar os riscos que os pacientes estão submetidos durante sua internação (Anexo 03).

IV.V– Placa identificação: Sinalizações diversas

- Jejum para exame;

- Não puncionar MSE e MSD;

- Não aferir PA em MSE/MSD;

- Jejum para Cirurgia;

- Manter O2 ≤1L;

- Fístula arteriovenosa em MSD e MSE.

IV.VI - Sinalização com bolinha Verde

Identificação no paciente com etiqueta verde, padronizada e disponibilizada pela SCIH, a fim de identificar as culturas dadas como bactérias multirresistentes. Anexadas à prescrição médica, placa de precaução de contato, prontuário e placa de identificação do paciente.

IV.VII - Descolonização do MRSA

O objetivo desta placa é identificar os pacientes que contém MRSA verificando o início e o término da descolonização. Esta etiqueta se localiza no prontuário do paciente.

IV.VIII – Placa de Cuidado Paliativo

O Cuidado Paliativo e "uma abordagem que promove a qualidade de vida de pacientes e seus familiares, que enfrentam doenças que ameacem a continuidade da vida, por meio da prevenção e do alivio do sofrimento. Requer identificação precoce, avaliação e tratamento da dor e outros problemas de natureza física, psicossocial e espiritual". Ver em PRS UTI ADULTO 004 - Decisões de tratamento e cuidado paliativo. Placa em (Anexo 05).

IV.IX – Pulseira identificação

A pulseira é preenchida pela recepção, no momento da admissão do paciente e enviado com o prontuário, está deve ser colocada pela equipe de enfermagem durante a admissão no setor, e só retirada na alta hospitalar pela recepção (Anexo 06), vídeo - PRS HMTJ 106 – IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE.

IV.X- Placa do despertar diário

Todos os pacientes sedados em ventilação mecânica serão avaliados quanto à possibilidade de interromper a sedação. Todos os casos deverão ser discutidos durante a visita com o diarista médico do dia em que será definido os pacientes a interromper a sedação no dia seguinte pela manhã (às 06h). Mediante definição do (os) paciente (s), o (os) leito (s) do (os) mesmo (s) será sinalizado com uma placa com a seguinte descrição:

PROTOCOLO DE DESPERTAR DIÁRIO.

V. Siglas e Definições

SCIH: Serviço de Controle de Infecção Hospitalar.

UTI-A: Unidade de Terapia Intensiva Adulto

VI. Anexos

Anexo 01: Ficha de identificação do paciente


HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS

FICHA DE IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

SUELY KLAECHIM MAROCOLO

DATA ENTRADA: 15/09/2018 **DT NASC:** 07/07/1948 70 ANOS

PRONT: 38026 **AT:** 3 **CONVÊNIO:** SUS

MÉDICO: DR CLAUDIO DE CASTRO REIFF

NOME MÃE: MARIA ARACY KLAECHIM

Anexo 02: Placa de Rotina de Mudança de decúbito



Anexo 03: Placa de Identificação Beira Leito na UTI



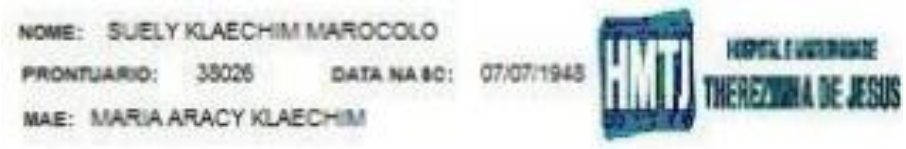
Anexo 04: Placa de Identificação: Leito Humanizado



Anexo 05: Placa de Identificação: Cuidados Paliativos



Anexo 06: Dados da pulseira de identificação



VII. Referências

N.A

POP UTI 008 - REGIMENTO INTERNO DA UTI ADULTO

I. Objetivos

A Unidade de Terapia Intensiva Adulto (UTI-A) tem sido vista como um local de esperança, mas principalmente de angústia e sofrimento, tanto para pacientes quanto para familiares. A família frequentemente encontra-se desamparada e temerosa à beira do leito do seu familiar gravemente enfermo. Os tubos, curativos, fios e aparelhos, com os quais a equipe da UTI está tão acostumada, são amedrontadores para os membros da família. Ao verem estes equipamentos fixados ao seu familiar podem relutar em tocar o paciente por medo de causar dano a ele ou ao equipamento.

Neste momento, a Equipe Interdisciplinar tem a oportunidade de oferecer apoio, explicando e descrevendo o equipamento e o aspecto do paciente à família informações em uma linguagem acessível e não muito científica.

O objetivo é oferecer principais orientações de como proceder, à familiares/responsáveis, quando seu familiar está em tratamento na Unidade de terapia intensiva, uma continuidade do processo de Humanizar nosso atendimento na UTI.

II. Materiais

N.A

III. Abrangência

UTI Adulto.

Os horários de visitas:

Horário de visita para familiares / Leito em Cuidado Paliativo (mantém dois familiares sem revezamento por horário de visita):

1- 11 às 13h

2- 17 às 20h

Leito humanizado: (1 pessoa da família podendo trocar 14hs)

- 08 às 20h

- Não ocorre o revezamento de visitantes, pois como o nome bem diz, essa unidade requer cuidados intensivos com o paciente. Dessa forma, a movimentação de muitas pessoas e os ruídos, além de alterar a rotina do ambiente, poderiam colocar em risco a segurança e a eficácia do tratamento.

- As informações do paciente não são passadas por telefone, mas pessoalmente, no horário de visita do período da tarde. Somente é disponibilizado o Boletim Médico nos horários 08h e 20h.

- Os atrasos das visitas nas UTI's podem ocorrer, pois, dependendo da gravidade de alguns atendimentos ou de determinadas intercorrências, algumas vezes as equipes podem demorar a liberar a unidade para a entrada dos familiares. Vale lembrar que nessas unidades, dependendo do quadro do paciente, situações como parada cardíaca e respiratória, entre outros eventos clínicos, precisam de intervenção imediata, mobilização ágil das equipes técnicas e tranquilidade no ambiente.

- O paciente ficar desorientado na UTI é muito comum, pois os pacientes graves e com longo tempo de internação apresentarem o que chamamos de delirium. O delirium é um quadro de confusão mental aguda, que provoca várias alterações do estado mental do paciente. O quadro é transitório e costuma desaparecer conforme o estado geral do paciente melhora. Pode ocorrer deste paciente necessitar de contenção física ou química, dependendo do grau de desorientação ou agressividade.

- A família pode trazer os produtos de higiene pessoal como: sabonete líquido, antitranspirante spray, escova de dente, pente, creme hidratante, cortador de unha, fotos, cartões, material religioso, que favorecerão o bem-estar do paciente.

- Não há tempo pré-determinado para alta, pois dependerá da avaliação multidisciplinar quanto à evolução do seu quadro clínico e resultados de exames.

- Após alta da UTI, normalmente o paciente não poderá ir direto para a casa, o paciente é transferido para a unidade de internação. Após comunicar a alta para a recepção, o setor aguardará o prazo no máximo de duas horas para a chegada dos familiares, caso isto não ocorra, o paciente será transferido para o leito reservado no setor de enfermaria, se liberação pelo médico plantonista. Isso acontece porque, na maioria das vezes, o tratamento necessita de continuidade, mas o paciente já não precisa de cuidados intensivos. Com menos frequência ocorre à alta hospitalar direto da UTI para a casa. Em caso de uma internação de urgência em um leito ocupado na UTI o paciente de alta poderá ser encaminhado para o setor de enfermaria antes das duas horas com autorização médica.

Para garantir uma estadia segura e confortável, é importante que pacientes e familiares sigam as orientações exigidas pelo Hospital:

- Não é permitida visita entre pacientes;

- Não entrar de bolsas na UTI, retirar todos os adornos (pulseiras, anéis, cordões grandes, alianças e outros);

- Não é permitido o uso de aparelhos celulares dentro dos leitos;

- Não fazer barulho, não falar em voz alta e ser discreto;

- Não fumar nas dependências do Hospital;

- Não sentar na cama do paciente;

- Não entrar nas salas de serviços, postos de enfermagem, copas e áreas exclusivas de serviços;

- Não trazer alimentos para o paciente, sem autorização do médico, enfermeiro ou da nutricionista;

- Não manipular equipamentos da UTI Adulto;

- Não trazer ao Hospital bebidas alcoólicas, cigarros ou drogas ilícitas sob qualquer pretexto;

- Obedecer às orientações dos profissionais;

- Para segurança dos pacientes é obrigatório identificar-se no setor de informações, onde será fornecido o crachá que deverá ser utilizado nas dependências do Hospital e devolvido na saída;

- Os familiares ou visitantes não deverão permanecer nos corredores do Centro Cirúrgico (CC) e da UTI, devendo aguardar na recepção de espera;

- Não será permitido aos visitantes entrar no Hospital com trajes impróprios (shorts, sem camisa, minissaia, roupas transparentes, regatas para homens);

- Não será permitida a entrada de visitantes portando qualquer tipo de arma;

- O Hospital, quando julgar necessário, poderá solicitar a presença de um acompanhante em tempo integral, ou se liberado o leito humanizado;

- O Hospital não se responsabiliza por valores, jóias ou objetos deixados nas acomodações pelos pacientes e acompanhantes;

- Não serão permitidos visitantes menores de 12 anos.

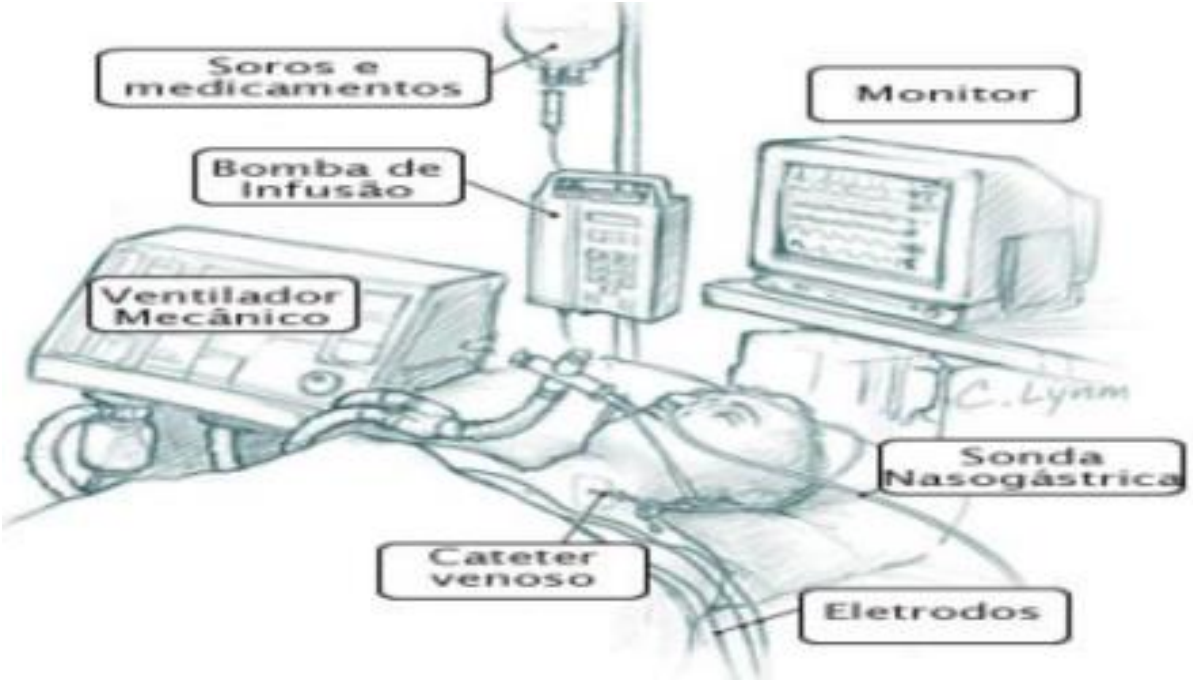
V. Siglas e Definições

UTI: Unidade de Terapia Intensiva.

VI. Anexos

Enfermagem: O paciente na UTI

A UTI é um ambiente diferenciado que visa a manutenção da vida e recuperação da saúde de pessoas que necessitam de um acompanhamento mais intensivo do seu estado de doença. Tem uma série de recursos tecnológicos, muitos aparelhos ligados ao paciente, os exames de laboratório são frequentes e a avaliação clínica é constante. A equipe de saúde está próxima e sempre alerta para qualquer necessidade. Sempre tem médico e enfermeiro de plantão. A quantidade de técnicos de enfermagem é suficiente para que o paciente seja atendido adequadamente, além dos profissionais de fisioterapia, nutrição, psicologia e assistente social. Por segurança as grades das camas ficam elevadas e os pacientes geralmente com as mãos presas, o que é importante para evitar que se machuquem.



SALA DE ESPERA:

Enquanto se aguarda a vez para entrar na UTI, os visitantes devem permanecer na recepção. O número de visitantes é limitado, visando à prevenção de transmissão de microrganismos e tranquilidade necessária ao reestabelecimento do paciente; contudo é de grande importância para a pessoa internada, de modo a não perder o contato familiar, ter notícias das coisas que o são importantes, receber carinho e apoio que geram conforto físico e emocional.

LAVAGEM DAS MÃOS:

Antes de entrar na UTI, todo visitante tem de lavar as mãos com água e sabão em abundância. Pode também passar álcool a 70% dentro do leito a ser visitado. Essa limpeza das mãos deve ser repetida na saída, depois da visita, evitando a transmissão de microrganismos nocivos para fora da UTI.

O PACIENTE:

O paciente pode estar com a fisionomia diferente. Pode estar inchado, com tubos fixados em seu rosto e corpo. Estará deitado em uma cama com aparelhos ligados a fios. Você pode segurar as mãos e conversar com ele mesmo que ele esteja aparentemente dormindo e não conseguir responder.

Todos os pertences do paciente devem ficar em posse dos familiares, o não uso de roupas tem por finalidade melhorar a avaliação, facilitar o manuseio e permitir o atendimento de intercorrências e das necessidades do paciente.

Uma das coisas que mais assusta e chama a atenção dos familiares é o edema (inchaço) generalizado que os pacientes internados apresentam. O edema é nada mais do que excesso de água na pele.

Pacientes com doenças graves costumam apresentam um quadro de inflação em todo o organismo.

Nossos vasos sanguíneos apresentam poros microscópicos que permitem a passagem de água de dentro para fora e de fora para dentro, conforme o organismo ache necessário. Quando estamos com um estado de inflação sistêmica, esses poros aumentam de tamanho, permitindo a passagem além do desejado de água do sangue para os tecidos, principalmente para a pele.

Além da inflamação dos vasos sanguíneos, mais três fatores contribuem para o edema:

- Redução da produção de urina, o que provoca retenção de líquidos.

- Administração excessiva de líquidos através de soros e medicamentos.

- Diminuição das proteínas no sangue, que ajudam a segurar a água dentro dos vasos.

Apesar de assustar, o edema da pele por si só não traz grandes riscos. Ele é basicamente uma consequência do estado grave do paciente. Conforme há melhora do quadro clínico, o organismo consegue restaurar a distribuição normal da água corporal. Em geral, quando recebem alta hospitalar, os pacientes já não estão mais inchados.

SORO:

Você provavelmente vai encontrar o paciente ligado a muitos soros. São diferentes medicamentos, controlados por aparelhos (bombas de infusão) e levados até o organismo através de vasos sanguíneos que podem ser do braço, perna, pescoço ou tórax. As "bombas de infusão" não devem ser tocadas, apenas a equipe de enfermagem. Elas podem fazer um "bip sonoro" de alarme, mas a enfermagem atenderá.

Pacientes internados em UTI frequentemente necessitam de drogas infundidas de modo contínuo. A bomba infusora permite a administração venosa de drogas em ritmo constante. Estas bombas podem ser usadas para administração de insulina, antibióticos, diuréticos, aminas vasopressoras (drogas usadas para aumentar a pressão arterial em caso de hipotensão persistente), sedativos, hipotensores, etc.





A bomba infusora também é usada nos casos em que precisamos manter os pacientes sedados, como naqueles que estão em ventilação mecânica. Esta sedação é conhecida popularmente como "coma". As drogas mais usadas para sedação são os benzodiazepínicos (ex: Midazolan) ou Fentanil).

Em doente diabéticos com níveis de glicose descontrolados, também podemos usar a bomba para uma lenta e contínua administração de insulina.

VENTILADOR MECÂNICO:




Muitas vezes, quando a pessoa está na UTI, ela faz uso de um aparelho para respirar. Uma das principais indicações de internação em uma UTI é a insuficiência respiratória, com necessidade de ventilação mecânica (respirador artificial). Se o paciente tem uma doença

pulmonar e/ou cardíaca que dificulte sua respiração, o mesmo precisa de auxílio mecânico para não evoluir para parada respiratória, uma cirurgia grande, quando sofre um acidente ou quando não tem forças para respirar sozinho.

Esse aparelho é chamado de Ventilador Mecânico, ele fica ao lado da cama, ligado diretamente aos pulmões do paciente através de um tubo inserido na boca (tubo orotraqueal) ou no pescoço (traqueostomia). O ventilador controla a quantidade e a qualidade do ar que entra e que sai dos pulmões. Com esse tubo, o paciente não consegue falar e por algum tempo fica sem comer ou beber pela boca.

É comum o ventilador disparar um alarme característico (até mesmo com tosse ou agitação do paciente), sendo necessários ajustes pela equipe. Quando o paciente volta a respirar normalmente, o tubo é retirado e ele passa a usar uma máscara ou um cateter com oxigênio. A voz volta gradativamente e a alimentação é reiniciada por via oral.

Para se acoplar o paciente a um ventilador mecânico é necessário primeiro que o mesmo seja submetido a intubação das vias respiratórias. A intubação orotraqueal consiste na introdução pela vias aéreas de um tubo plástico semirrígido, para que este possa ser ligado ao respirador.

Pacientes que necessitam de ventilação mecânica por vários dias são normalmente submetidos a uma traqueostomia. Deste modo, o tubo pode ser ligado diretamente à traqueia, não precisando mais passar pela boca. Este procedimento reduz os riscos de complicações, como lesões das cordas vocais, pneumonias e extubações involuntárias.

ALIMENTAÇÃO:

Dificilmente o paciente fica sem receber alimentação, quando a pessoa não pode ingerir alimentos pela boca, ela pode estar recebendo por com um tubo que passa pelo nariz e vai até o estômago ou até o intestino delgado. Esse tubo chama-se Sonda Gástrica ou Sonda Enteral.

As dietas e a quantidade dada para cada paciente é monitorada pelo serviço de nutrição, sua fórmula é líquida e contém muitos nutrientes necessários para atender as necessidades do organismo. Algumas vitaminas são administradas junto com os soros.

Pode acontecer de o paciente referir fome, mesmo recebendo alimentação pela sonda, devido à falta que sente de realizar a mastigação e sentir o gosto da comida. Outras vezes a sonda nasogástrica serve para remover líquidos do estômago, diminuindo o risco de ele vomitar.

MONITOR:



Um aparelho semelhante a uma TV que fica ao lado e acima do paciente é chamado de monitor multiparâmetros. Esse monitor fornece informações à equipe de saúde sobre as condições do coração, respiração e pressão arterial.

O monitor tem fios que se ligam a diversas partes do corpo do paciente – normalmente ao tórax, braço e dedos. Esse aparelho tem uma série de números e traços que podem mudar a cada minuto.

A equipe está treinada para entender esses números e traçados, passando a saber como estão as condições do paciente. Quando o aparelho capta alguma informação não desejada, por movimento ou algum fio que se solta, dispara um alarme que serve para alertar a equipe.

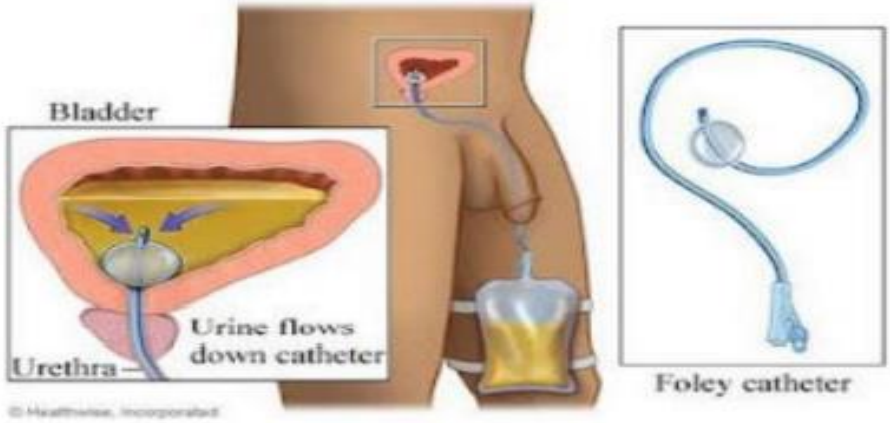
O monitor é programado para alarmar sempre que houver:

- Acelerações ou desacelerações da frequência cardíaca;

- Picos hipertensivos ou hipotensão;

- Queda da saturação de oxigênio no sangue.

SONDA PARA URINAR



Pacientes internados em UTI’s podem ter necessidade de um controle mais rigoroso dos líquidos que entram e que saem do seu corpo. Para controlar a quantidade de urina, normalmente é colocado um tubo chamado de Sonda Vesical ou Sonda Foley. Esse tubo leva a urina da bexiga até uma bolsa que fica ao lado da cama do paciente.

Todo paciente com sinais de instabilidade hemodinâmica é submetido ao cateterismo da bexiga. Deste modo, conseguimos aferir precisamente o débito urinário do paciente Além de ajudar na avaliação do funcionamento dos rins, que é um dos primeiros a sofrer quando há instabilidade, a quantidade de urina produzida em 24 horas nos auxilia no planejamento do volume de líquidos que será infundido ao longo do dia.

Pacientes graves, com instabilidade dos sinais vitais, costumam apresentar insuficiência renal aguda, ou seja, uma ausência de funcionamento dos rins. Um dos sinais de sofrimento dos rins é a diminuição da diurese, ou seja, da produção de urina. Quando o paciente está com uma sonda urinária é possível medir a produção horária de urina, sendo fácil detectar alterações da diurese.

PUNÇÃO DE VEIA CENTRAL



O paciente que precisa de UTI costuma não estar em condições de tomar comprimidos. Além disso, muitos dos medicamentos usados em situações graves só existem na forma de administração venosa. Isto significa que o paciente em uma unidade de terapia intensiva recebe diariamente dezenas de medicamentos através de suas veias.

Nem todas as drogas podem ser administradas nas pequenas veias periféricas que temos nos braços.

Dois exemplos comuns são as drogas para aumentar a pressão arterial, usadas no choque circulatório, e a nutrição parenteral, usada quando os pacientes são incapazes de se alimentar. Nestas situações, o tratamento só pode ser administrado em veias de grande calibre, que costumam ficar em áreas profundas do corpo. As veias profundas mais utilizadas são a veia subclávia (exemplo na foto ao lado), a veia jugular interna ou a veia femoral.

O médico escolhe uma destas veias e implanta um cateter para poder administrar as drogas necessárias.

O cateter venoso profundo também pode ser usado nos casos em que não se consegue mais puncionar uma veia periférica dos braços ou das pernas. Se o paciente precisa de medicações intravenosas e não apresenta veias adequadas nos braços, uma veia profunda pode ser a solução.

HEMODIÁLISE

A insuficiência renal aguda é uma complicação comum nos pacientes em estado crítico internados em um UTI. Quando os rins param de funcionar, é preciso iniciar um tratamento chamado.

A máquina de hemodiálise procura fazer o papel dos rins, retirando as toxinas do organismo e controlando o volume de água e os níveis de eletrólitos (sais minerais) do sangue.

O paciente ficará fazendo hemodiálise até que os seus rins mostrem sinais de recuperação. As sessões de hemodiálise podem ser contínuas, isto é, por 24h ininterruptas, ou por apenas algumas horas durante o dia, dependendo da gravidade do caso.



Máquina de hemodiálise

VII. Referências

http://www.socati.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=83&Itemid=77

http://zope.sebhe.com.br/HE/hospital/regulamento-pacientes

http://www.szpilman.com/CTI/protocolos/Crit%C3%A9rios%20de%20interna%C3%A7%C3%A3o%20em%20terapia %20intensiva.pdf

POP UTI 009 - DESPERTAR DIÁRIO DE SEDAÇÃO

I. Objetivos

Avaliar o despertar dos pacientes em Ventilação Mecânica (VM) mediante interrupção da sedação contínua.

II. Materiais

- Impresso;

- Caneta;

- Contenção;

- Escala do despertar diário (SAAS);

- Placa de identificação;

III. Abrangência

UTI Adulto.

IV. Descrição dos passos da atividade

IV.I - Fundamentação

A interrupção diária da sedação é a forma mais prática e simples de avaliar o comportamento farmacológico dos agentes envolvidos na sedação. Ao suspender o (os) fármaco (os), a equipe tem a possibilidade de monitorar a ação da droga ao longo do tempo, minimizando a tendência de acúmulo da mesma e possibilitando um despertar mais rápido do paciente. Essa estratégia tem demonstrado redução do tempo de ventilação mecânica e do tempo de permanência na UTI.

Além do mais, torna possível uma melhor avaliação do nível de consciência, reduzindo a necessidade de exames de imagem, utilizados muitas vezes para afastar causas neurológicas primárias, responsáveis pelo despertar prolongado dos pacientes.

IV.II - Regras de aplicação da escala

Todos os pacientes sedados em VM serão avaliados quanto à possibilidade de interromper a sedação.

Todos os casos deverão ser discutidos durante a visita com o Staff Médico responsável pelo Round Interdisciplinar do dia em que será definido aqueles pacientes a se interromper a sedação no dia seguinte pela manhã (às 06h).

Mediante definição do (os) paciente (s), o (os) leito (s) do (os) mesmo (s) será sinalizado com uma placa com a seguinte descrição: PROTOCOLO DE DESPERTAR DIÁRIO.

IV.III - Planejamento do despertar

Mediante sinalização do leito, o técnico de enfermagem responsável por aquele leito está autorizado a desligar os sedativos (midazolan e/ou fentanil) em bomba de infusão contínua às 06:0h e conter MMSS mediante prescrição médica e de enfermagem para prevenção do risco de perda de dispositivo.

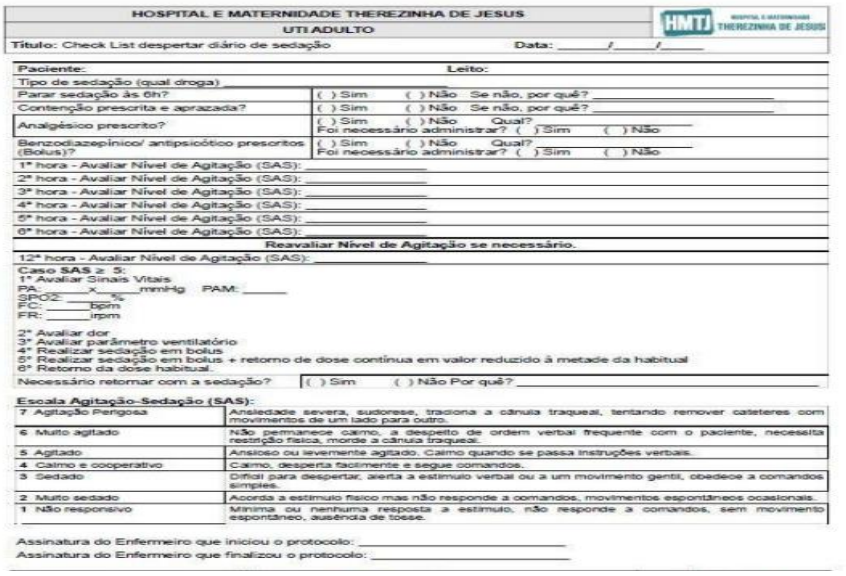
A partir deste momento, o enfermeiro do setor avaliará o paciente utilizando a escala SAS e, quando o paciente apresentar SAS ≥5 o médico será acionado para definir conduta.

V. Siglas e Definições

N.A

VI. Anexos

Anexo 01: Check list do Despertar de Sedação



HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS

UTI ADULTO

Título: Check List despertar diário de sedação Data: _____/_____/_____

Paciente:	Leito:
Tipo de sedação (qual droga)	
Parar sedação às 6h?	( ) Sim ( ) Não Se não, por quê?
Contenção prescrita e aprazada?	( ) Sim ( ) Não Se não, por quê?
Analgésico prescrito?	( ) Sim ( ) Não Qual? Foi necessário administrar? ( ) Sim ( ) Não
Benzodiazepínico/ antipsicótico prescritos (Bolus)?	( ) Sim ( ) Não Qual? Foi necessário administrar? ( ) Sim ( ) Não
1ª hora - Avaliar Nível de Agitação (SAS):	
2ª hora - Avaliar Nível de Agitação (SAS):	
3ª hora - Avaliar Nível de Agitação (SAS):	
4ª hora - Avaliar Nível de Agitação (SAS):	
5ª hora - Avaliar Nível de Agitação (SAS):	
6ª hora - Avaliar Nível de Agitação (SAS):	
Reavaliar Nível de Agitação se necessário.	
12ª hora - Avaliar Nível de Agitação (SAS):	

Caso SAS ≥ 3:
1° Avaliar Sinais Vitais
PA: ___x___mmHg PAM: _____
SPO2: _____%
FC: _____bpm
FR: _____irpm

2° Avaliar dor
3° Avaliar parâmetro ventilatório
4° Realizar sedação em bolus
5° Realizar sedação em bolus + retorno de dose contínua em valor reduzido à metade da habitual
6° Retorno da dose habitual.

Necessário retornar com a sedação? ( ) Sim ( ) Não Por quê? _____

Escala Agitação-Sedação (SAS):

7 Agitação Perigosa	Ansiedade severa, sudorese, traciona a cânula traqueal, tentando remover cateteres com movimentos de um lado para outro.
6 Muito agitado	Não permanece calmo, a despeito de ordem verbal frequente com o paciente, necessita restrição física, morde a cânula traqueal.
5 Agitado	Ansioso ou levemente agitado. Calmo quando se passa instruções verbais.
4 Calmo e cooperativo	Calmo, desperta facilmente e segue comandos.
3 Sedado	Difícil para despertar, alerta a estímulo verbal ou a um movimento gentil, obedece a comandos simples.
2 Muito sedado	Acorda a estímulo físico mas não responde a comandos, movimentos espontâneos ocasionais.
1 Não responsivo	Mínima ou nenhuma resposta a estímulo, não responde a comandos, sem movimento espontâneo, ausência de tosse.

Assinatura do Enfermeiro que iniciou o protocolo: _____
Assinatura do Enfermeiro que finalizou o protocolo: _____

VII. Referências

Manual de Medicina Intensiva (AMIB); 2014.

Clinical Practice Guidelines for the Management of Pain, Agitation and Delirium in Adult Pacients in the Intensive Care Unit; 2013

POP UTI 010 – PLANO DE ALTA NA UTI ADULTO

I. Objetivos

Normatizar as condutas, oferecendo as orientações de como proceder durante o óbito e as altas: transferências internas, transferências externa e alta para casa. Durante as altas de transferências internas dos pacientes da Unidade de Terapia Intensiva Adulto (UTI-A) às Unidades de Internação, serão orientados pela equipe multidisciplinar quanto ao uso de Dispositivos invasivos: AVC, CNG, CNE, DRENOS, TQT; uso de BIPAP, fixadores, curativos e estas orientações constarão em prescrição médica/enfermagem e evoluídas no prontuário do paciente (Sistema RM TOVSTS).

II. Materiais

- Prontuário do paciente;

- Caneta;

- Prescrição;

- Evolução no prontuário do paciente (Sistema RM TOVST);

- Carimbo.

III. Abrangência

UTI Adulto.

IV. Descrição dos passos da atividade

Critérios de Alta

1. Pacientes que não necessitam mais de cuidados interdisciplinares intensivos;

2. Pacientes que possam ter a continuidade de seus cuidados viabilizados nas unidades de Internação.

Decisão de alta

1. A responsabilidade da alta é de solicitação do Médico Coordenador da UTI junto ao Médico plantonista, tendo a aval de toda a equipe multidisciplinar, preferencialmente com programação de alta definida durante o "Round Mul- tidisciplinar".

2. No caso de não haver concordância na alta, por parte do médico assistente, este deverá justificar no prontuário o porquê da contraindicação.

Cuidados na alta

- O enfermeiro deverá preencher o formulário de "Comunicado de Transferência interna", com os dados do paciente, incluindo os campos de especialidade, precaução e necessidades especiais ao leito e entregar ao setor de gerenciamento de leitos (Anexo 01);

- O setor de Gerenciamento após dimensionamento do leito conforme especialidade médica e demanda do paciente, confirma com enfermeiro do setor de internação a disponibilidade e o preparo do leito;

- Após liberação do leito, o funcionário do gerenciamento faz contato com a família e/ou responsável e solicitará um acompanhante, este familiar terá duas horas para comparecer ao hospital, caso contrário o paciente poderá ser encaminhado ao leito na Unidade de Internação, conforme solicitação do Médico plantonista;

- O médico plantonista da UTI-A deverá sempre na alta fazer um parecer encaminhando o paciente para a clínica responsável por ele na internação;

- Quando o paciente estiver sendo submetido ao tratamento de fisioterapia dentro da UTI-A, deverá ser feito um parecer, solicitando a continuidade do tratamento fisioterapêutico na Unidade de Internação, este formulário de parecer fica arquivado em uma pasta no armário da fisioterapia, onde este é verificado pelos fisioterapeutas das unidades de internação diariamente;

- Comunicar e explicar o paciente/família/acompanhante sobre a movimentação a ser realizada e os novos horários de visita, se necessário;

- Comunicar o enfermeiro do setor que receberá o paciente e verificar a possibilidade de efetuar a transferência após explicar as necessidades de preparo do leito do paciente;

- Iniciar o preenchimento do impresso "Check List Movimentação Segura do Paciente" e finalizá-lo no momento da passagem do caso do paciente a beira leito ao enfermeiro que recebe o paciente (Anexo 02). Esse formulário está descrito todos os dados importantes para a Transição do cuidado;

- A fisioterapia realiza também a Transição do cuidado através do Formulário de Orientações do Fisioterpeuta da UTI para o da Unidade de Internação;

- Encaminhar o paciente utilizando o meio de transporte mais adequado (leito/maca/berço/incubadora de transporte/cadeira de rodas), com prontuário completo, resultados de exames e pertences pessoais ao setor de destino, além da identificação do leito do paciente e pulseira de identificação;

- Equipe assistencial responsável pela movimentação e do paciente deverá acompanhar o paciente até a chegada ao setor destino;

- Passar o quadro do paciente a beira leito para o profissional de enfermagem que será responsável pelo mesmo (enfermeiro e Técnico em enfermagem);

- O técnico de enfermagem deverá verificar os exames e o prontuário completo;

- Realizar a Mudança de leito do paciente no Sistema RM (responsabilidade de quem encaminha o paciente);

- É função do técnico de enfermagem administrativo do setor de origem realizar devolução de materiais/medicamentos, organização do prontuário, protocolar o prontuário com preenchimento da "Etiqueta para transferência do prontuário pós-alta setorial", exames e medicações devem ser encaminhados junto com o paciente, ou devolvidas em caso de não uso;

- Na transferência externa, deverá ser providenciado xerox da prescrição médica, xerox da folha de Balanço Hídrico, formulário de exames complementares, encaminhar junto com o paciente os resultados de exames pertencentes e relatório médico. O enfermeiro é responsável por verificar as condições do transporte (ambulância), solicitar ao médico plantonista e/ou a recepção de emergência emissão da A.I.H, verificar as duas assinaturas médicas com o carimbo e coordenar/auxiliar no preparo do paciente para a remoção;

- Toda transferência interna, externa e óbito deverão ser evoluídas no sistema pela equipe multidisciplinar.

- A higienização do leito após a alta ou óbito é feito pelo Serviço de Higiene e Limpeza.

- A equipe de enfermagem do setor retira todos os materiais e equipamentos de acordo com o protocolo de desinfecção dos equipamentos. Após retirada aciona o colaborador da Higiene e Limpeza para realizar a desinfecção terminal do leito e em seguida este é montado pela equipe de enfermagem.

V. Siglas e Definições

N.A

VI. Anexos

N.A.

VII. Referências

http://www.hasp.org.br/orientacoes_uti.php

POP UTI 011 - DECISÕES DE TRATAMENTO E CUIDADO PALIATIVO

I. Objetivos

Segundo a definição da OMS, Cuidados Paliativos é descrito como uma "abordagem que promove a qualidade de vida de pacientes e seus familiares, que enfrentam doenças que ameacem a continuidade da vida, por meio da prevenção e do alívio do sofrimento. Requer identificação precoce, avaliação e tratamento da dor e outros problemas de natureza física, psicossocial e espiritual".

O Cuidado Paliativo não se baseia em protocolos, mas em princípios. Não se fala mais em terminalidade, mas em doença que ameaça a vida. Indica-se o cuidado desde o diagnostico, ampliando o campo de atuação. Não se fala também em impossibilidade de cura, mas na possibilidade ou não de tratamento modificador da doença, afastando dessa forma a ideia de "não ter mais nada a fazer". Pela primeira vez, uma abordagem inclui a espiritualidade entre as dimensões do ser humano. A família é lembrada, portanto assistida, também após a morte do paciente, no período de luto.

Pela definição da Organização Mundial da Saúde (OMS) para Cuidados Paliativos, todos os "pacientes portadores de doenças graves, progressivas e incuráveis, que ameacem a continuidade da vida", deveriam receber a abordagem dos "Cuidados Paliativos" desde o seu diagnóstico.

II. Materiais

- Prontuário eletrônico;

- Placa de identificação fixada no leito;

- Computador.

III. Abrangência

Unidade de Terapia Intensiva Adulto (UTI-A) e Unidades de Internação.

IV. Descrição dos passos da atividade

O tratamento em "Cuidados Paliativos" deve reunir as habilidades de uma equipe Interdisciplinar para ajudar o paciente a adaptar-se às mudanças de vida impostas pela doença, e promover a reflexão necessária para o enfrentamento desta condição de ameaça à vida para pacientes e familiares.

As ações incluem medidas terapêuticas para o controle dos sintomas físicos, intervenções psicoterapêuticas e apoio espiritual ao paciente em fase de terminalidade. Para os familiares, as ações se dividem entre apoio social e espiritual e intervenções psicoterapêuticas do diagnóstico ao período do luto.

IV.I - Princípios dos Cuidados Paliativos

Os Cuidados Paliativos baseiam-se em conhecimentos inerentes as diversas especialidades, possibilidade de intervenções clínica e terapêutica nas diversas áreas de conhecimento das ciências da saúde e de conhecimentos específicos.

A OMS publicou, em 1986, princípios que regem a atuação da equipe multiprofissional de Cuidados Paliativos. Esses princípios foram reafirmados na sua revisão em 2002 e estão listados adiante.

- Promover o alívio da dor e de outros sintomas desagradáveis

Dessa forma, é necessário conhecimento específico para a prescrição de medicamentos, adoção de medidas não-farmacológicas e abordagem dos aspectos psicossociais e espirituais que caracterizam o "sintoma total", plagiando o conceito de dor total criado por "Dame Cicely Saunders", em que todos esses fatores podem contribuir para a exacerbação ou atenuação dos sintomas, devendo ser levados em consideração na abordagem.

- Afirmar a vida e considerar a morte um processo normal da vida

O Cuidado Paliativo resgata a possibilidade da morte como um evento natural e esperado na presença de doença ameaçadora da vida, colocando ênfase na vida que ainda pode ser vivida.

- Não acelerar nem adiar a morte

Enfatiza-se dessa forma que "Cuidados Paliativos" nada tem a ver com eutanásia, como muitos ainda querem entender. Essa relação ainda causa decisões equivocadas quanto à realização de intervenções desnecessárias e enorme dificuldade em prognosticar paciente portador de doença progressiva e incurável e definir a "linha tênue e delicada do fazer e do não fazer".

- Integrar os aspectos psicológicos e espirituais no cuidado ao paciente

A doença, principalmente aquela que ameaça a continuidade da vida, costuma trazer uma série deperdas, com as quais o paciente e família são obrigados a conviver, quase sempre sem estarem preparados.

As perdas de autonomia, autoimagem, segurança, capacidade física, respeito, sem falar das perdas concretas, materiais, como de emprego, de poder aquisitivo e, consequentemente, de

status social, podem trazer angústia depressão e desesperança, interferindo objetivamente na evolução da doença, na intensidade e na frequência dos sintomas, que podem apresentar maior dificuldade de controle.

- Oferecer um sistema de suporte que possibilite ao paciente viver tão ativamente quanto possível até o momento da sua morte

Não devemos nos esquecer de que qualidade de vida e bem-estar implica observância de vários aspectos da vida. Problemas sociais, dificuldades de acesso a serviços, medicamentos e outros recursos podem ser também motivos de sofrimento e devem ser incluídos entre os aspectos a serem abordados pela equipe multiprofissional.

- Oferecer sistema de suporte para auxiliar os familiares durante a doença do paciente e o luto.

- A decisão do cuidado paliativo deve ser tomada pela equipe multidisciplinar tendo a participação e entendimento dos familiares a respeito dessa terapia indicada. Todos da equipe devem estar cientes deste suporte e evoluir no prontuário do paciente.

- Quando a indicação de Terapia Paliativa para o paciente ocorre na UTI à abordagem familiar acontece neste setor. Se o paciente possui condições clínicas de receber alta da UTI para a Unidade de Internação há uma continuidade desta proposta de tratamento na unidade de destino, onde a equipe multidisciplinar desta unidade assume os cuidados, o suporte e as orientações permanentes aos familiares.

- Oferecer abordagem multiprofissional para focar as necessidades dos pacientes e seus familiares, incluindo acompanhamento no luto.

Na prática do cuidado ao paciente, frequentemente iremos nos deparar com inúmeros fatores que atuarão concomitantemente na modificação da resposta terapêutica medicamentosa, na evolução da própria doença e na relação com o paciente e a família. A integração sugerida pelo Cuidado Paliativo è uma forma de observarmos o paciente sob todas as suas dimensões e a importância de todos esses aspectos na composição do seu perfil para elaborarmos uma proposta de abordagem.

- Melhorar a qualidade de vida e influenciar positivamente o curso da doença.

Com uma abordagem holística, observando o paciente como um ser biográfico mais que um ser simplesmente biológico, poderemos, respeitando seus desejos e suas necessidades, melhorar o curso da doença e, segundo a experiência de vários serviços de Cuidados Paliativos, também prolongar sua sobrevida.

Iniciar o mais precocemente possível o Cuidado Paliativo, junto a outras medidas de prolongamento da vida, como quimioterapia e radioterapia, e incluir todas as investigações necessárias para melhor compreender e controlar situações clínicas estressantes.

Pela própria definição de Cuidados Paliativos da OMS, esses devem ser iniciados desde o diagnóstico da doença potencialmente mortal. Dessa forma, cuidaremos do paciente em diferentes momentos da evolução da sua doença, portanto não devemos privá-lo dos recursos diagnósticos e terapêuticos que o conhecimento médico pode oferecer. Devemos utilizá-los de forma hierarquizada, levando em consideração os benefícios que podem trazer e os malefícios que devem ser evitados.

IV. II - Como medir os declínios funcional e clínico

Para medir a condição clínica do paciente e a Escala de Performance Paliativa (PPS) (Tabela 4), que foi desenvolvida em 1996, em Victoria, British Columbia, e revista em 2001. Para contornar a dificuldade de avaliação prognostica, foram estabelecidos alguns critérios clínicos para cada doença ou para cada condição clínica, que auxiliam na decisão de encaminhar o paciente aos Cuidados Paliativos.

Alguns desses critérios dizem respeito a condições mórbidas específicas como Insuficiência Cardíaca Congestiva (ICC), Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC), câncer, Esclerose Lateral Amiotrófica (ELA), demência e outras doenças degenerativas progressivas. Indicadores não-específicos, como perda ponderal progressiva, declínio de proteínas plasmáticas e perda funcional, também são utilizados.

Tabela 4 – Escala de *performance* paliativa

%	Deambulação	Atividade e evidência de doença	Autocuidado	Ingestão	Nível de consciência
100	Completa	Normal, sem evidência de doença	Completo	Normal	Completo
90	Completa	Normal, alguma evidência de doença	Completo	Normal	Completo
80	Completa	Com esforço, alguma evidência de doença	Completo	Normal	Completo
70	Reduzida	Incapaz para o trabalho, alguma evidência de doença	Completo	Normal ou reduzida	Completo
60	Reduzida	Incapaz de realizar *hobbies*, doença significativa	Assistência ocasional	Normal ou reduzida	Completo ou com períodos de confusão
50	Sentado ou deitado	Incapacitado para qualquer trabalho, doença extensa	Assistência considerável	Normal ou reduzida	Completo ou com períodos de confusão
40	Acamado	*Idem*	Assistência quase completa	Normal ou reduzida	Completo ou com períodos de confusão
30	Acamado	*Idem*	Dependência completa	Reduzida	Completo ou com períodos de confusão
20	Acamado	*Idem*	*Idem*	Ingestão limitada a colheradas	Completo ou com períodos de confusão
10	Acamado	*Idem*	*Idem*	Cuidados com a boca	Confuso ou em coma
0	Morte	–	–	–	–

Indicações de Cuidados Paliativos em UTI / Unidade de Internação

As UTI's fornecem tratamentos sofisticados a doentes graves. Os pacientes portadores de doenças crônicas que apresentam exacerbações ao longo da evolução da doença estão vivendo mais tempo por causados avanços oferecidos em seus tratamentos e, em geral, vivem mais, mas com piores condições de vida.

Infelizmente, ainda existem muitas barreiras para prestar Cuidados Paliativos eficazes nessa área da saúde. Porém, graças à boa prática médica, a medicina com base em evidências e ao bom senso, a ciência está ao lado dos "Cuidados Paliativos".

Em 2006, a revista Critica Care Medicine publicou um suplemento inteiro dedicado ao tema "Cuidados Paliativos na UTI", contemplando diversos dilemas vividos nesse setor.

Além da formação insuficiente do médico e de sua dificuldade em perceber que não pode mais atuarem direção à cura, temos ainda a dificuldade de encarar a própria finitude e a impotência diante da inevitabilidade da morte. Os problemas ético legais que permeiam essas decisões também influenciam a vivencia desses dilemas.

Entre os dilemas de comunicação temos:

- Comunicação insuficiente sobre as decisões de fim de vida;

- Incapacidade de pacientes de participar nas discussões sobre seu tratamento;

- Expectativas não-realistas por parte dos pacientes e de seus familiares sobre o prognostico ou a eficácia do tratamento;

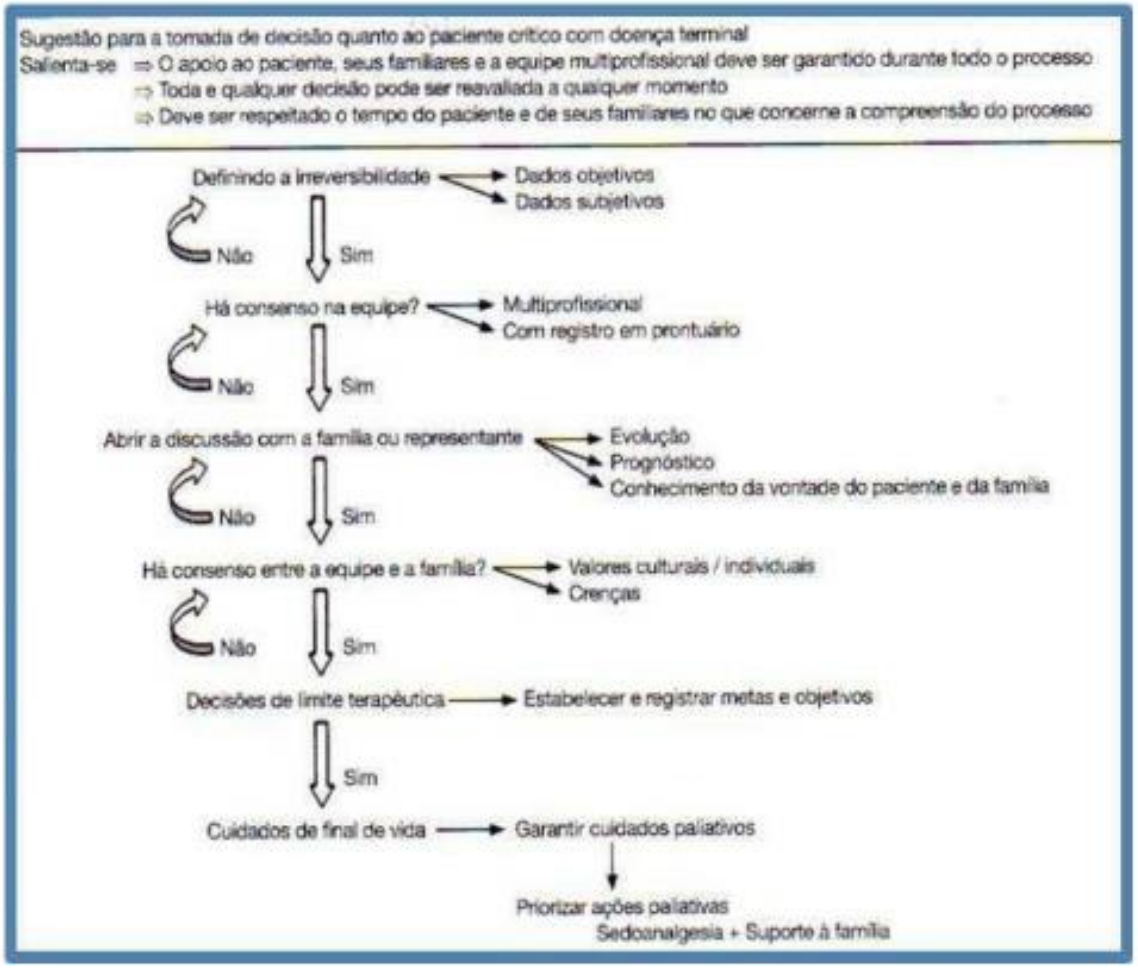
- Falta de oportunidades para discussão sobre a forma como eles desejam receber os cuidados no final da vida.

Podemos considerar algumas situações encontradas em UTI / Unidade de Internação que nos auxiliam a identificar pacientes que teriam beneficio em receber atenção de Cuidados Paliativos (Quadro 3).

Quadro 3 – Critérios de indicação para Cuidados Paliativos em UTI[39]
Admissão proveniente de instituição de longa permanência; portador de uma ou mais condições crônicas limitantes (por exemplo, demência)
Duas ou mais estadias na UTI na mesma internação
Tempo prolongado de ventilação mecânica ou falha na tentativa de desmame
Falência de múltiplos órgãos
Paciente candidato à retirada de suporte ventilatório com possibilidade de óbito
Câncer metastático
Encefalopatia anóxica
Sofrimento familiar que comprometa a tomada de decisões

UTI: unidade de terapia intensiva.

FIGURA 1: Sugestão para a tomada de decisão quanto ao paciente crítico com doença terminal segu
MORITZ et al.



Os princípios fundamentais dos cuidados paliativos são especificados no Quadro 4.

Aceitar a morte como um processo natural do fim da vida
Priorizar sempre o melhor interesse do paciente
Repudiar futilidades: diagnóstica e terapêutica
Não encurtar a vida nem prolongar o processo da morte
Garantir a qualidade da vida e do morrer
Aliviar a dor e outros sintomas associados
Cuidar dos aspectos clínicos, psicológicos, sociais, espirituais dos pacientes e de seus familiares
Respeitar a autonomia do doente e seus representantes legais
Avaliar o custo-benefício a cada atitude médica assumida
Estimular a Interdisciplinaridade como prática assistencial

De forma genérica, as ações paliativas são apontadas no Quadro 5.

Planejamento e ação
Todas as ações de prevenção e terapêuticas devem ser planejadas com a participação da família-paciente e da equipe assistencial.
Privilegiar a adequada comunicação
Fornecer apoio aos envolvidos no processo (familiares e funcionários)
Permitir flexibilidade das visitas e, se possível, um acompanhante
Controle dos sintomas e promoção do conforto ao paciente
A prevenção e tratamento da dor devem ser incorporados como rotinas dos cuidados intensivos. O alivio da dor deve ser garantido mesmo nas situações de duplo efeito da medicação.
Reconhecer e tratar os aspectos físicos e psicológicos da dispnéia e dor.
Visar o bem estar do doente e não a maleficência
Suspensão de tratamentos fúteis, que prolonguem o morrer (Exemplo: drogas vasoativas, métodos dialíticos, nutrição parenteral total)
Adequação dos tratamentos não fúteis (Exemplo: sedoanalgesia individualizada, reavaliação do suporte ventilatório)

A tomada de decisão do Cuidado Paliativo se dará durante "Round Interdisciplinar". Ficando descriminado da seguinte forma:

Psicólogo (a)

- Participa na indicação de terapia paliativa para o paciente junto à equipe multiprofissional;

- Realiza a abordagem familiar sobre "Cuidados Paliativos" junto à equipe médica;

- Registra no prontuário do paciente sobre a realização da abordagem familiar;

- Realiza psico educação diária sobre Cuidados Paliativos aos familiares do paciente;

- Oferece suporte psicológico ao paciente em Cuidados Paliativos bem como aos seus familiares.

- Responsável por sinalizar o leito.

Técnico de enfermagem

- Recebe o acompanhante/ familiar, orientando-o quanto a lavagem das mãos, pertences, uso de adornos, uso de avental, gorro, quando necessário, e o leva ao leito;

- Observar manifestações de sintomas de dor no paciente e comunica ao enfermeiro plantonista;

- Administrar analgesia conforme prescrição médica;

- Posicionar o paciente confortavelmente;

- Manter higiene e cuidados de conforto e bem-estar.

Enfermeiro

- Participa na indicação de terapia paliativa para o paciente junto com a equipe multiprofissional;

- Avalia a dor, propõe ações de melhoria e comunica ao médico;

- Responsável por sinalizar o leito.

Fisioterapia

- Participa na indicação de terapia paliativa para o paciente junto com a equipe multiprofissional;

- Posicionamento do paciente de forma confortável.

Médico

- Avalia as condições clínicas do paciente e propõe o cuidado paliativo junto com a equipe multiprofissional;

- Aborda a família junto a a psicóloga sobre a indicação, objetivo e funcionamento do cuidado paliativo;

- Prescrição de analgesia e sedativos S/N;

- Registra no prontuário a abordagem familiar realizada sobre os Cuidados Paliativos.

Médico (a) coordenador

- Avalia as condições clínicas do paciente e propõe o cuidado paliativo junto com a equipe multiprofissional.

Fisioterapeuta e enfermeiro (a) coordenadores

- São comunicados a respeito do cuidado paliativo e assim, também faz sua avaliação e corrobora com a equipe conforme necessidade.

Transferência do Cuidado Paliativo

No momento da alta do paciente da UTI Adulto para a Unidade de Internação é repassado na transferência do cuidado a informação da decisão do cuidado paliativo, dando continuidade ao processo de medidas de conforto nas Unidades de Internação, com identificação do leito, para a sinalização da equipe.

V. Siglas e Definições

OMS: Organização Mundial da Saúde.

PPS: Escala de Performance Paliativa.

ICC: Insuficiência cardíaca congestiva.

DPOC: Doença pulmonar obstrutiva crônica.

ELA: Esclerose lateral amiotrófica.

VI. Anexos

Anexo 1 - Placa de sinalização no leito



VII. Referências

https://www.researchgate.net/profile/Miguel_Juliao3/publication/308902043_Terapia_da_Dignidade/links/57f6498e08ae280dd0bb2242.pdf

Moritz RD, Lago PM, Deicas A, Nilson C, Machado FO, Othero J et al. 1º Forum do Grupo de Estudos do Fimde Vida do Cone Sul: proposta para atendimento do paciente portador de doença terminal internado em UTI.

Rev. Bras Ter Intensiva. 2009, 21(3): 306-9.

http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-507X2008000400016&script=sci_arttext

http://cascavel.ufsm.br/revistas/ojs-2.2.2/index.php/reufsm/article/view/5857

http://www.crde-unati.uerj.br/publicacoes/pdf/manual.pdf

http://www.crde-unati.uerj.br/publicacoes/pdf/manual.pd

POP UTI 012 - SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

I. Objetivos

A Sistematização da assistência de Enfermagem (SAE) é uma atividade privativa a categoria que norteia e direciona todas as atividades da equipe de Enfermagem, tendo em vista que o Diagnóstico de Enfermagem e

Prescrição da Assistência de Enfermagem são atividades privativas do Enfermeiro; os técnicos e auxiliares de Enfermagem desempenham suas funções a partir da prescrição do Enfermeiro e participam da SAE em caráter complementar naquilo que lhes couber. A viabilização, organização e execução do Processo de Enfermagem (PE) são possíveis por meio das seis etapas da SAE de forma inter-relacionadas e interdependentes, conforme contornos legais da profissão.

Os objetivos da SAE são o levantamento de problemas atuais, o gerenciamento de possíveis riscos, as respostas apresentadas pelo paciente frente a terapêutica implementada, suas potencialidades de melhoria e grau de limitação para que o Enfermeiro elabore os diagnósticos de enfermagem, estabeleça prioridades assistenciais, prescreva as intervenções de enfermagem, acompanhe o processo de cuidado, reavalie as condutas, fazendo as adequações necessárias visando a melhoria, proporcionando ao Enfermeiro a tomada de decisão, respaldo teórico, metodológico e legal para a prática profissional, cujas etapas e registro de dados vislumbram ao raciocínio clínico e científico trazendo maior cientificidade a profissão.

II. Materiais

- Impressos (Histórico de Enfermagem, Diagnóstico de enfermagem, Prescrição de Enfermagem, anotações técnicas de Enfermagem e Evolução do Enfermeiro em prontuário);

- Ficha de balanço Hídrico;

- Ficha de controles de Enfermagem;

- Formulários: Ficha de avaliação de Lesão por Pressão, avaliação de risco para prevenção de queda e profilaxia de TVP.

- Escalas: Glasgow, RASS, Braden, Fugulin, MEWS.

- Prescrição Médica;

- Exames solicitados;

- Passante.

III. Abrangência

Todos os setores assistenciais da instituição.

IV. Descrição dos passos da atividade

IV.I - HISTÓRICO DE ENFERMAGEM (Coleta de dados da enfermagem): Constituído pela anamnese (entrevista e exame físico). A entrevista investiga a situação de saúde do cliente ou comunidade, coletando dados com o paciente, familiar, cuidador ou acompanhante a respeito da história de saúde atual, História Patológica Pregressa

(HPP), medicações de uso contínuo, alergias, hábitos de vida, uso de drogas (i)lícitas e demais informações relevantes para identificação de problemas e necessidades de saúde passíveis de serem abordadas pelos

Diagnósticos de Enfermagem e se estabelecer Intervenções de Enfermagem. O exame físico cefalo-podal, consiste nos quatro métodos propedêuticos: INSPEÇÃO, PALPAÇÃO, PERCUSSÃO e AUSCULTA.

- Utilizar impresso próprio setorial para coleta de informações junto ao paciente.

IV.II - DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM/PROBLEMAS:

Nessa fase o enfermeiro analisa os dados coletados e avalia o estado de saúde do cliente através da identificação e avaliação de problemas de saúde reais ou potenciais que são passíveis da resolução por meio das intervenções de Enfermagem.

Conceito: é a identificação das necessidades básicas do ser humano que precisa de atendimento e a determinação pelo enfermeiro do grau de dependência deste atendimento em natureza e extensão. O julgamento clínico é o processo cognitivo caracterizado por diversas decisões para definir o melhor diagnóstico, a melhor intervenção e os efeitos desta intervenção, estabelecendo o diagnóstico e o seu raciocínio. O enfermeiro necessita desenvolver habilidades e competências cognitivas, técnicas, afetivas e sociais para ser capaz de desenvolver o raciocínio clínico.

O Diagnóstico de Enfermagem é ação privativa do enfermeiro, deve ser realizado diariamente, de forma sequencial e enumerada, e o enfermeiro deve assinar, carimbar ou colocar número do COREN sob o qual está inscrito ao final do instrumento utilizado para anotação dos Diagnósticos de Enfermagem (impresso padronizado no setor).

IV.III - PLANEJAMENTO E IMPLEMENTAÇÃO DE ENFERMAGEM: PRESCRIÇÃO PLANEJAMENTO

É a determinação global da assistência de Enfermagem que o paciente deve receber frente ao Diagnóstico de enfermagem estabelecido, este é resultante da análise diagnóstica, examinando os problemas, demandas de cuidados, limitações, potencialidades e o grau de dependência. Esta etapa é dada a partir das Intervenções de Enfermagem que são estabelecidas e prescritas conforme cada Diagnóstico de Enfermagem estruturado.

Observação: R (realizar), A (ajudar), O (orientar), S (supervisionar) e/ou E (encaminhar).

As intervenções planejadas devem ser destinadas a alcançar, prevenir, resolver ou controlar os problemas e respostas apresentadas pelo paciente, durante as etapas de Histórico e Diagnóstico de Enfermagem.

IMPLEMENTAÇÃO DE ENFERMAGEM

É a concretização do plano de atendimento ou assistencial pelo roteiro aprazado que coordena a ação da equipe de enfermagem na execução dos cuidados adequados ao atendimento das necessidades básicas específicas do ser humano. O momento da realização pode ser: admissional, complementar diária e de alta. Seu efeito pode ser de conduta ou de ação. A conduta modifica o estado do cliente (repouso, curativo, orientação, termoterapia, higiene, etc.) A ação proporciona subsídio para avaliar o cliente (sinas vitais, administração de medicamentos, diurese, características de sinais e sintomas, etc.). Quanto à autonomia, pode ser independente, quando a decisão é o enfermeiro (higiene, repouso, curativo, orientação, controle de SSVV, etc.); dependente, quando é vinculada a decisão de outros profissionais (medicamentos, exames, cirurgia, etc.).

As diretrizes são:

- Dirigidas pelos Diagnósticos e outros problemas de Enfermagem (prescrição médica, exames, cirurgia, etc.);

- Verbo no infinitivo e de ação (Fazer, encaminhar, aplicar, banhar, orientar, ministrar, esclarecer, controlar, avaliar, explicar, informar, lubrificar, acompanhar, etc.); Responde: O que? Como? Quando? Que parte do corpo?

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

É o conjunto de cuidados de enfermagem (intervenções, atividades e ações) planejados e implementados num determinado período de tempo, em função dos diagnósticos e problemas colaborativos de enfermagem. É um roteiro diário das ações, intervenções ou cuidados de enfermagem que deverão ser prestados ao paciente durante as 24 horas.

O modelo de prescrição de enfermagem deve:

- Diária;

- Contemplar os problemas encontrados;

- Responder: o quê, como e quando;

- Utilizar o verbo no infinitivo que indique o grau de dependência do paciente (ajudar, orientar, banhar, auxiliar, etc.);

- Estabelecer a hora para a caracterização de prioridade na execução dos cuidados;

- Ser concisa, clara e específica;

- Ser checada quando realizada;

- Conter assinatura, e número do COREN.

IV.IV – AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM:

Processo deliberado, sistemático e contínuo de verificação de mudanças nas respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde doença, para determinar se as ações ou intervenções de enfermagem alcançaram o resultado esperado; e de verificação da necessidade de mudanças ou adaptações das etapas da Sistematização da Assistência de Enfermagem.

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM:

É o relato aprazado das mudanças sucessivas que ocorrem com os clientes enquanto está sob a assistência profissional. Anotar inicialmente a avaliação do global do plano de cuidado. Determina se os resultados foram atingidos, se as intervenções (IE) foram efetivas e se são necessárias modificações. Pode ser conceituada ainda como a análise das respostas do cliente frente aos cuidados de enfermagem prescritos em função dos resultados obtidos no prazo determinado.

A análise das respostas dos pacientes frentes aos cuidados de enfermagem nas 24 horas deve:

- Ser realizada diariamente pelo enfermeiro;

- Anteceder a prescrição de enfermagem;

- Contemplar os problemas de enfermagem levantados;

- Seguir um roteiro de sequência (Contendo: dias de internação, diagnóstico médico de base, motivo da internação, dias de pós-operatório e tipo de cirurgia; HPP, alergias, dispositivos em uso e cuidados com estes, nível de consciência e/ou sedação; mobilidade; dependência para higiene e alimentação; avaliação dos sinais vitais das 24 horas; avaliação da aceitação

alimentar; avaliação da diurese; avaliação da função intestinal; exame físico completo-sumário em comparação com o dia anterior; resultado alterado dos exames laboratoriais; exames especiais e/ou intervenções cirúrgicas; medicações especiais; necessidades espirituais expressas pelo cliente; participação da família do tratamento; queixas apresentadas e condutas mediante a queixa);

- Conter assinatura e número do COREN.

V. Siglas e Definições

COREN: Conselho Regional de Enfermagem;

HPP: História Patológica Pregressa;

SAE: Sistematização da Assistência de Enfermagem;

PE: Processo de Enfermagem;

SSVV: Sinais Viatis

VI. Anexos

N.A.

VII. Referências

COREN-SP. Conselho Regional de Enfermagem- SP. Normatiza a Implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem - SAE - nas Instituições de Saúde, no âmbito do Estado de São Paulo. São Paulo, 1999. Anexo.

Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel. Departamento de Enfermagem. Sistematização da Assistência de Enfermagem. [Internet]. Rio Grande do Norte,2010. [Acesso em 2013 ago 13]. Disponível em:

http://www.cefope.rn.gov.br/contentproducao/aplicacao/sesap_hwg/servico/01-SISTEMATIZA%C3%87%C3%83O%20DA%20ASSISTENCIA%20DE%20ENFERMAGEM.pdf

POP UTI 013 - PREPARO DO LEITO

I. Objetivo

Preparar e manter o leito do paciente limpo e organizado, provendo todos os materiais permanentes e de consumo necessários para prestar uma assistência de qualidade.

O preparo do leito é um conjunto de elementos destinados a acomodações do paciente internado e que englobam facilidades adequadas à prestação de cuidados necessários a um bom atendimento.

Tem por objetivo proporcionar ao paciente um ambiente adequado a sua rápida recuperação e efetuar um tratamento humanizado e integral durante sua estadia no setor, facilitando assim sua adaptação, além de oferecer a enfermagem condições que favoreçam um bom desempenho de suas funções.

II. Materiais

II. I. – UTI Adulto

- Monitor multiparâmetros com cabos de PA, ECG e oximetria;

- Sistema de gases (ar comprimido e oxigênio);

- Sistema de aspiração (válvula e copo de vácuo, 05 sondas aspiração e 10 luvas de toque);

- Cama elétrica com colchão e enxoval estendido;

- Colchão pneumático com motor testado;

- Termômetro;

- Estetoscópio;

- Suporte ventilatório (Respirador mecânico, kit traqueia, AMBÚ, fluxômetro e copo umidificador para CN);

- 04 Bombas de Infusão Contínua (BIC) para medicamentos e 01 BIC para dieta.

II. II. – UTI Neonatal

- Monitor multiparâmetros com cabos de PA, ECG e oximetria;

- Sistema de gases (ar comprimido e oxigênio);

- Sistema de aspiração (válvula e copo de vácuo, 05 sondas aspiração e 10 luvas de toque);

- Incubadora/ berço aquecido;

- Colchão pneumático com motor testado;

- Termômetro;

- Estetoscópio;

- Suporte ventilatório (Respirador mecânico, kit traqueia, AMBÚ, fluxômetro e copo umidificador para CN);

- Bombas de Infusão Contínua (BIC) para medicamentos.

II. III. – Setor Internação e CPN

- Cama com colchão e enxoval;

- Mesa de cabeceira equipada com os pertences do paciente;

- Uma cadeira;

- Mesa de refeições;

- Escadinha;

- Oxigênio;

OBS: 1) Os leitos deverão ser montados após alta do paciente no setor e verificados quando confirmado a admissão;

2) A disposição dos moveis deverá ser de maneira que permita boa circulação ao redor.

III. Abrangência

UTI Adulto, UTI Neonatal, Setor de Internação e CPN.

IV. Descrição dos Passos da Atividade

- Acionar o Serviço de Higiene e Limpeza do setor, comunicando a necessidade de desinfecção terminal;

- Transportar para a unidade do paciente: 03 lençóis, 01 cobertor (se necessário), 01 oleado (se necessário), 01 traçado e 01 fronha ou o Kit enxoval;

- Arrumar o leito, na seguinte ordem: lençol protetor do colchão, oleado, traçado, lençol protetor do paciente, cobertor e fronha;

- Desfazer rugosidades.

- Checar o adequado fornecimento de oxigênio e ar comprimido, bem como a capacidade de pressão da rede de vácuo;

- Montar material de oxigenoterapia e de aspiração de vias aéreas superiores (se necessário).

OBS:

- Verificar a necessidade de preparar a cama de operado, caso o paciente tenha sido submetido a procedimento cirúrgico;

- É importante saber as condições clínicas do paciente, nível de consciência, necessidades de precauções de contato ou respiratórias, realização de hemodiálise antes da escolha da localização do leito e montagem da unidade do paciente;

- Revisar o funcionamento dos equipamentos: cama, colchão e painel de gases.

IV. I – Arrumação do Leito:

Definição:

- Cama aberta: é quando o leito está ocupado pelo cliente que se locomove ou aguarda sua chegada;

- Cama aberta para acamado: é ocupada pelo cliente impossibilitado de locomover-se;

- Cama fechada: é quando o leito está vago até que um novo cliente a ocupe;

- Cama de operado: é quando está aguardando o retorno do paciente do centro cirúrgico.

Normas:

- Abrir portas e janelas em casos de setores abertos, antes de iniciar o trabalho;

- O leito dever ser trocado quantas vezes forem necessárias;

- Utilizar lençóis limpos, secos e sem pregas;

- Observar o estado de conservação dos colchões e travesseiros;

- Não sacudir as roupas de cama;

- Não arrastar as roupas de cama no chão.

- Colocar as roupas de cama contaminadas em sacos plásticos coloridos padronizados em cada setor.

IV. II – Preparo do Leito sem Paciente (cama fechada):

Material:

- Luvas de procedimento;

- 03 Lençóis;

- 01 Travesseiro;

- 01 Fronha;

- 01 Forro ou traçado ou laminado;

- 01 Cobertor, se necessário;

- Hamper.

Técnica:

- Lavar as mãos;

- Preparar o material;

- Colocar o material no carrinho de banho ou mesa de cabeceira;

- Retirar a roupa de cama suja e colocá-la no hamper próximo ao leito;

- Desprezar as luvas;

- Estender o lençol sobre o leito, amarrando as pontas do lençol na cabeceira e nos pés;

- Estender o forro sobre o leito prendendo-o sob o lençol na parte mais próxima;

- Estender o virol e fazer uma meia dobra na cabeceira;

- Fazer o canto do viril nos pés da cama;

- Passar para o lado mais distante e proceder à arrumação do forro e virol;

- Colocar a fronha no travesseiro;

- Colocar o travesseiro na cama, com o lençol para cobrir o paciente;

- Recompor a unidade;

- Lavar as mãos.

IV. III – Preparo do Leito com Paciente (cama aberta):

Material:

- 01 travesseiro;

- 03 Lençóis;

- 01 cobertor (se necessário);

- 01 fronha;

- 01 rolo para costas (se necessário)

- 01 forro ou traçado ou laminado;

Técnica:

- Lavar as mãos;

- Colocar a roupa na mesa de cabeceira;

- Explicar o procedimento ao paciente;

- Colocar o hamper próximo à cama;

- Desprender a roupa de cama, do lado do paciente e do lado oposto;

- Colocar o travesseiro sem fronha na mesa de cabeceira;

- Colocar o paciente em decúbito dorsal protegido com o lençol de cima;

- Enrolar o forro e lençol de baixo separadamente, até o meio da cama e sob o corpo do paciente;

- Substituir o lençol de baixo, e o forro ou traçado ou laminado, pela roupa limpa;

- Virar o paciente para o lado pronto, sem expô-lo;

- Passar para o lado oposto;

- Retirar a roupa usada, retirar as luvas, e esticar os lençóis limpos, prendendo-os e fazendo os cantos;

- Colocar a fronha no travesseiro, acomodando o paciente.

OBS: Caso o paciente seja totalmente dependente, a troca de cama deverá ser realizada por duas pessoas.

IV. IV – Preparo do Leito de Operado:

O leito de operado é semelhante ao leito fechado, mas com lençol dobrado em pregas, na cabeceira do leito próximo ao lençol móvel. Esse leito terá as roupas soltas nos pés, exceto o lençol de baixo. O lençol de cima, cobertor, e colcha deverá ser dobrado na parte da cabeceira e dos pés, deixando-os enrolados lateralmente. Após deitar o paciente operado, cobri-lo e

prender as peças da cama que estavam soltas fazendo os cantos.

V. Siglas e Definições

- Limpeza Concorrente: é realizada diariamente após o banho do paciente e arrumação do seu leito. Consiste na limpeza de parte do mobiliário da unidade do paciente.

- Limpeza Terminal: é realizada a limpeza completa da unidade do paciente após alta, óbito ou transferência.

VI. Anexos

NA

VII. Referências

PERRY, P. Fundamentos de Enfermagem, tradução da 7° Edição, Editora Mosby Elsevier, 2009.

Scribd. Procedimento Operacional Padrão. 2013. [acesso em 2013 jul 19]. Disponível em http://pt.scribd.com/doc/95158909/POP-Preparo-Do-Leito-de-Operado.

SOUZA, VHS. MOZACHI, N. O Hospital – Manual do ambiente hospitalar. 6 ed. Curitiba: Editora Manual Real; 2005.

POP UTI 014 - PREENCHIMENTO DAS PLANILHAS, INDICADORES E CENSO

I. Objetivos

Padronizar a rotina de preenchimento da planilha de indicadores e censo, aderindo plenamente os processos e gerando confiabilidade e segurança a atividade.

II. Materiais

- Planilhas;

- Indicadores;

- Censo;

- Caneta.

III. Abrangência

Setores assistenciais.

IV. Descrição dos passos da atividade

IV. I. Coletar os Dados;

IV. II. Preencher as planilhas com os dados decorrentes da rotina diária. São elas:

- Planilha de Censo: o enfermeiro deverá preencher os dados do paciente durante a entrada, permanência e saída.

O tempo de retenção será de 01 ano arquivado na Gerência de Enfermagem ou no próprio setor e a forma de descarte será em lixeira comum;

- Mapa de utilização do Desfibrilador: deverá ser preenchida às 08 e às 20h pelo enfermeiro dos dois plantões, observando os procedimentos de Manuseio e checagem do desfibrilador Philips e Manuseio e checagem do desfibrilador MD SERIES. O tempo de retenção será de 02 meses no setor e 01 ano arquivado na Gerência de Enfermagem ou no próprio setor e a forma de descarte será em lixeira comum.

- Planilha Controle de Irrigação Vesical: deverá ser preenchida pelo técnico de enfermagem sempre que ocorrer a prescrição da irrigação vesical, observando o volume infundido e o volume drenado. O tempo de retenção será através do anexo deste documento no prontuário do paciente;
- Mapa de Monitorização da Temperatura Ambiente: deverá ser preenchida pelo enfermeiro às 08h e às 20h, seguindo as orientações descritas no formulário. O tempo de retenção será de

02 meses no setor e 01 ano arquivado na Gerência de Enfermagem ou no próprio setor e a forma de descarte será em lixeira comum;

- Mapa de utilização do Carrinho de Emergência: deverá ser preenchido, pelo enfermeiro com o número do lacre sempre que for utilizado e reposto, juntamente ao número do prontuário do paciente. O tempo de retenção será de 02 meses no setor e 01 ano arquivado na Gerência de Enfermagem ou no próprio setor e a forma de descarte será em lixeira comum;

- Mapa de Utilização do Cilindro de O2: deverá ser preenchido às 08 e 20h pelo enfermeiro dos dois plantões, observando o limite da troca da bala de O2. O tempo de retenção será de 02 meses no setor e 01 ano arquivado na Gerência de Enfermagem ou no próprio setor e a forma de descarte será em lixeira comum;

- Mapa de utilização e desinfecção do Laringoscópio: deverá ser preenchido às 08 e às 20h pelo enfermeiro dos dois plantões, observando a data de desinfecção. O tempo de retenção será de 02 meses no setor e 01 ano arquivado na Gerência de Enfermagem ou no próprio setor e a forma de descarte será em lixeira comum;

- Planilha de Hemodiálise: deverá ser preenchida pelo técnico de enfermagem na ocasião do procedimento, observando o volume infundido e o volume drenado. O tempo de retenção será através do anexo deste documento no prontuário do paciente;

- Planilha de Culturas, Swab Nasal e Swab Retal: deverá ser preenchida pelo enfermeiro de acordo com os campos presentes: nome completo do paciente, leito, data da coleta, material. Anexar à planilha impressa em papel rosa na prancheta do paciente. O tempo de retenção será através do anexo deste documento no prontuário do paciente no momento do recebimento de sua alta da UTI;

- Planilha de coleta de procedimentos cirúrgicos: deverá ser preenchida diariamente pelo Técnico de enfermagem administrativo mensalmente e encaminhar no primeiro dia útil para coordenação de enfermagem do Centro Cirúrgico.

- Planilha de mensuração de PIC com DVE: esta planilha deverá ser utilizada diariamente quando o paciente estiver no setor utilizando o cateter para mensurar a PIC.

- Planilha Limpeza Terminal em pacientes de longa permanência: planilha aberta mensalmente para comprovar a limpeza terminal para pacientes com mais de 30 dias de internação.

V. Siglas e Definições

NA

VI. Anexos

NA

VII. Referências

NA

POP UTI 015 - MANUSEIO E CHECAGEM DO MARCAPASSO CARDÍACO

I. Objetivos

Orientar com relação ao manuseio e checagem do marcapasso transvenoso.

II. Materiais

- Gerador;

- Bateria interna de reserva e do marcapasso;

- Cateter eletrodo Bipolar para marcapasso temporário;

- Fio guia;

- Fio bipolar/jacaré;

- Agulha de punção (introdutor);

- Introdutor / Bainha;

III. Abrangência

Setores assistenciais.

IV. Descrição dos passos da atividade

A técnica de implante do marcapasso transvenoso, consultar procedimento de Auxílio no implante de marcapasso transvenoso e transcutâneo.

IV.I - PROGRAMAÇÃO DE GERADOR EXTERNO

Conecta-se o polo distal ao terminal negativo e o polo proximal ao terminal positivo do marcapasso, mensurados e os limiares de comando e sensibilidade.

LIMIAR DE COMANDO

É a menor quantidade de energia aplicada ao músculo cardíaco capaz de despolarizá-lo. Na sua determinação, inicialmente regula-se o gerador ainda desligado para assíncrono (V00) ou colocando a sensibilidade no maior valor numérico possível, isso fará com o que o marca-passo fique insensível às despolarizações cardíacas e não seja inibido. Posteriormente, coloca-se a frequência cardíaca do marcapasso acima da frequência cardíaca intrínseca do paciente (aproximadamente 20% acima). Liga-se o mesmo aumentando progressivamente a amplitude de pulso até que se obtenha o comando dos batimentos cardíacos.

O valor assim encontrado na escala de amplitude é o limiar agudo de comando, geralmente abaixo de 2 mA . Mantém-se a amplitude em cerca de duas a três vezes o limiar encontrado na escala, assegurando-se, dessa forma, margem de segurança adequada, sem realizar-se a estimulação com excessiva energia, o que, em caso de competição com o ritmo cardíaco, apresentaria maior risco de fibrilação ventricular.

Depois de calculado o limiar e implementada a energia, coloca-se o marcapasso no modo VVI para poder calcular o limiar de sensibilidade, ou naqueles geradores que não possuem o modo V00, onde você aumentou o valor numérico da sensibilidade, deve-se colocar num valor numérico baixo (maior sensibilidade). Lembre-se que o marcapasso cardíaco temporário deverá trabalhar no modo VVI (estimula o ventrículo, sente o ventrículo e quando sente é inibido). Neste caso, podemos dizer que quem estimula é o "comando" e quem sente é a "sensibilidade".

LIMIAR DE SENSIBILIDADE

É o poder de captação, pelo eletrodo, dos sinais cardíacos resultantes da despolarização.

Importante:

- Quando o paciente não apresenta ritmo próprio ou tem frequência muito baixa fica, por vezes, impossível determinar o limiar de sensibilidade.

- Após determinado os limiares de comando e sensibilidade, a frequência das despolarizações (FC do marcapasso) não deve ficar muito acima da FC intrínseca do paciente.

- Usar apenas um instrumento de linha de força (como monitor ou gravador eletrocardiográfico) conectado ao paciente, observando sempre o correto aterramento desse aparelho, para evitar fugas de corrente pelo cabo eletrodo do marcapasso.

- Nunca tocar os terminais do cabo eletrodo com as mãos nuas ou deixar que os terminais entrem em contato com líquidos ou materiais condutores.

- Se o cabo eletrodo estiver implantado, mas não conectado ao gerador, os terminais devem ser isolados com borracha de silicone (dedo de luva, dreno de Penrose, pedaço de equipo de soro, etc.), a fim de evitar que descargas elétricas possam ser acopladas por meio do cabo eletrodo diretamente à junção eletrodo coração. Isso provocaria queimaduras, aumentando o limiar de estimulação com perda de comando ou induzindo arritmias e até mesmo fibrilação.

- Os terminais devem ser conectados ao marcapasso adequadamente, nas junções do jacaré com os fios, sempre fichar com fita adesiva para evitar que se desconecte.

- Minimizar o uso de adaptadores e cabos de extensão, pois seu comprimento adicional e os conectores aumentam o risco de curto-circuito, micro choques, falhas de contato e até aumento da resistência, com consequente menor entrega de corrente ao coração e possibilidade de perda de comando.

- Não substituir baterias de marcapasso em funcionamento sem luvas. O contato com os terminais da bateria do marcapasso pode ser tão arriscado para o paciente quanto o contato com os próprios terminais do cabo eletrodo, por permitir passagem de baixa impedância entre os terminais da bateria e o marcapasso

- Se o paciente necessitar de desfibrilação, o marcapasso deve ser desligado ou, preferencialmente, ter os cabos eletrodos desconectados dos terminais para evitar dano ao aparelho (apesar de a maioria dos marca-passos serem concebidos para suportar choques de até 400 W).

- O curativo sobre o local de inserção do cabo eletrodo deve ser inspecionado e refeito diariamente, para evitar infecção no cabo eletrodo.

- Deve-se manter o paciente em repouso relativo, tomando-se a precaução de fixar adequadamente o gerador próximo ao local de entrada do cabo eletrodo.

- É indispensável a monitorização eletrocardiográfica ou eletrocardiocóspica para a avaliação dos limiares de comando e sensibilidade e também para o diagnóstico precoce de complicações.

- Desde que adequadamente acompanhado, o marcapasso cardíaco temporário pode ser mantido em funcionamento normal por tempo suficiente para se definir a situação do paciente (média de 15 dias), optando-se, então, pela retirada ou pelo implante do sistema definitivo.

- Para desligar um marcapasso externo, deve-se diminuir gradualmente a frequência de estimulação, observando-se o ritmo cardíaco do paciente. A interrupção abrupta da estimulação pode ser seguida por período longo de assistolia, determinando quadro sincopal ou até indução de arritmia mais grave.

- Após usar os materiais os mesmos deverão ser encaminhados para CME, somente a agulha de punção (introdutor) é descartada.

- Fazer a reposição do Kit de marcapasso na conta do paciente. Antes de solicitar o produto comunicar à farmácia porque o Kit fica armazenado no almoxarifado, então a farmácia deverá solicitar no almoxarifado para ser entregue no setor.

V. Siglas e Definições

Marcapasso é um dispositivo eletrônico de estimulação multiprogramável capaz de substituir impulsos elétricos e/ou ritmos ectópicos. Sua função é fornecer uma estimulação elétrica direta no coração produzindo uma despolarização elétrica e consequente contração cardíaca.

VI. Anexos



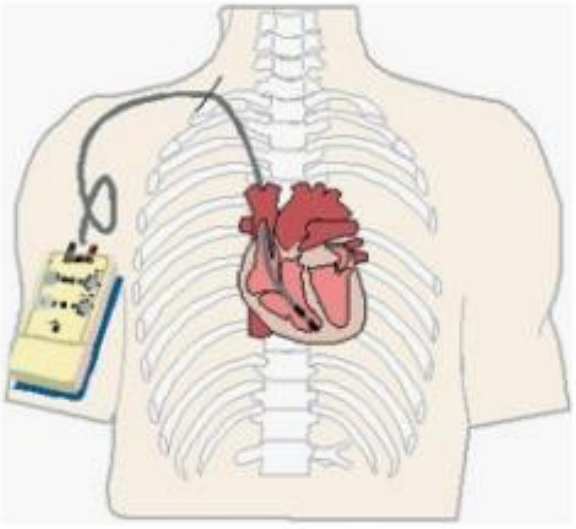


Figura: Posicionamento adequado do marcapasso com cabo eletrodo curto, mas com folga, e gerador fixo ao corpo.

VI. Referências

http://www.ebah.com.br/content/ABAAABD1gAC/protocolo-implante-marcapasso-temporario-transvenoso

POP UTI 016 - CUIDADOS COM O CORPO PÓS-MORTE

I. Objetivos

- Manter o corpo higienizado, identificado, com retirada de dispositivos invasivos.

- Evitar odores e saídas de fluídos corporais.

- Dispor e imobilizar o corpo em posição adequada antes da rigidez cadavérica.

II. Materiais

- Luvas de procedimento;

- Biombo;

- Lâmina de bisturi;

- Seringa de 20ml;

- Saco de lixo;

- Gaze IV;

- Esparadrapo;

- Pinça Pean ou Anatômica;

- Algodão;

- Ataduras de 10 ou 20 cm;

- Cobertura de óbito;

- Impresso de "Comunicado de óbito";

- Etiqueta para fechamento do prontuário pós-óbito;

III. Abrangência

Todos os setores assistenciais da instituição.

IV. Descrição dos Passos da Atividade

- Higienizar as mãos e calçar as luvas;

- Cercar o leito com biombo ou fechar o box se UTI;

- Colocar o corpo em posição horizontal, retirando todos os travesseiros e/ou coxins;

- Alinhar os membros;

- Preparar todo o material e colocá-lo na mesa de cabeceira;

- Despir o corpo;

- Retirar dispositivos invasivos: cateteres, sondas e drenos;

- Desprezar todo material no lixo próprio;

- Proceder à limpeza do corpo, realizar banho no leito, se necessário;

- Realizar trocas de curativos;

- Tamponar ouvidos, orofaringe e região perineal com algodão utilizando uma pinça para este fim;

- Colocar prótese dentária se houver;

- Fixar articulação da mandíbula e maxilar, pés e mãos com atadura;

- Retirar todos os lençóis, envolvendo o corpo em um lençol;

- Identificar o corpo com uma via de aviso de óbito, prendendo-a no tórax do corpo e outra sobre a cobertura que envolve o corpo, ambas com esparadrapo, esta identificação deve conter: nome do paciente, idade, número de prontuário, data e horário do óbito;

- Transferir o corpo para a maca própria de transferência;

- Colocar outro lençol em cima do corpo;

- Encaminhar o corpo para o necrotério;

- Encaminhar o material utilizado ao expurgo descartando-o em local apropriado;

- Anotações de enfermagem do início ao término do preparo;

- Protocolar e entregar pertences aos familiares ou para recepção;

- Solicitar limpeza terminal do leito.

- Fechar o prontuário conferindo as assinaturas e ordem correta, utilizar a etiqueta de fechamento do prontuário pós-óbito.

V. Siglas e Definições

NA.

VI. Anexos

NA.

VII. Referências

Faculdade de Alagoas. Cuidados com o corpo após a morte [Internet]. Brasil, 2013. [Acesso em 2013 ago 07].

Disponível em: http://emfermagemfaal2010.blogspot.com.br/2011/11/cuidados-com-o-corpo-apos-morte.html.

Nettina, Sandra M. Práticas de Enfermagem. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, sexta edição, 1998.

POP UTI 017 - TRICOTOMIA – REALIZAÇÃO E CUIDADOS

I. Objetivo

- Esclarecer a técnica de tricotomia e mensurar em que momento deve ser realizada;

- Preparar para cirurgias, exames especializados, antes de instalar venóclise, em áreas de grande pilosidade.

II. Materiais

- Luvas de Procedimento;

- Aparelho de barbear descartável;

- Lâmina cirúrgica,

- Aparelho de tricotomia elétrico,

- Sabonete líquido;

- Gaze IV;

- Cuba rim;

- Toalha de rosto ou banho;

- Biombo.

III. Abrangência

Todos os setores assistenciais

IV. Descrição dos Passos da Atividade

- A rotina de tricotomia na UTI é durante o banho noturno nos dias padronizados (segunda, quarta e sexta), ou antes S/N. Na enfermaria deve ser realizada pela manhã, durante o banho, sempre que necessário;

- Higienizar as mãos;

- Reunir material e levar ao leito do paciente;

- Explicar o procedimento ao paciente e ao acompanhante sobre o que será feito, certificando da compreensão do mesmo sobre o procedimento realizado;

- Preparar ambiente e posicionar o biombo de maneira que favoreça a privacidade do cliente;

- Calçar as luvas de procedimento;

- Posicionar o cliente e expor a área onde será realizado o procedimento;

- Dispor sabão e água morna;

- Ensaboar a àrea que realizará a retirada dos pelos;

- Tracionar a pele e proceder à tricotomia em movimentos suaves para evitar lesão da pele (a tricotomia deverá ser realizada no sentido do crescimento dos pelos);

- Retirar com a gaze o excesso de pelos e recolher os pelos;

- Providenciar higiene do cliente se não houver contraindicação;

- Ao término, secar a pele, recompor o cliente e a unidade;

- Recolher material;

- Evoluir o procedimento realizado no prontuário eletrônico do cliente via sistema RM.

Avaliação:

- Integridade cutânea;

- Eficácia do procedimento.

Observação:

- A realização da tricotomia para procedimento cirúrgico deve ser realizada em até no máximo 02 horas antes do procedimento proposto.

Áreas de tricotomia

- Cirurgia de crânio: todo o couro cabeludo ou conforme prescrição médica;

- Cirurgias torácicas: região torácica até umbigo e axilas ou conforme prescrição médica;

- Cirurgia cardíaca: toda extensão corporal (face anterior e posterior), menos o couro cabeludo ou conforme prescrição médica;

- Cirurgia abdominal: desde a região mamaria até o púbis ou conforme prescrição médica;

- Cirurgia dos rins: região abdominal anterior e posterior ou conforme prescrição médica;

- Cirurgia de membros inferiores: todo o membro inferior a ser operado e região pubiana ou conforme prescrição médica;

- O corte de cabelos nas regiões: couro cabeludo, barba, cavanhaque e bigode que o paciente já faz uso, devem ser pedidos autorização por escrito para o paciente caso esteja lúcido ou os

familiares, exceto em situações de urgência ou emergência ou que a não retirada destes pelos tragam algum tipo de risco ou dano ao paciente.

V. Siglas e Definições

Tricotomia: é a retirada dos pelos de uma determinada área corporal utilizando uma lâmina cirúrgica, aparelho de barbear ou lâmina de barbear conforme necessidade e finalidade.

VI. Anexos

N.A

VII. Referências

Enfermagem Continuada. Tricotomia [Internet]. Brasil; 2010. [Acesso em 2013 ago 08]. Disponível em: http://enfermagemcontinuada.blogspot.com.br/2011/02/tricotomia.html.

Procedimentos Comuns na Prática de Enfermagem. Tricotomia [Internet]. Brasil, 2013. [Acesso em 2013 ago 08].

Disponível em: ftp://ftp.unilins.edu.br/priscila/TRICOTOMIA%20PDF.pdf.

http://www.portaldaenfermagem.com.br/protocolos_read.asp?id=338

Fonte: PORTAL EDUCAÇÃO - Cursos Online: Mais de 1000 cursos online com certificado

http://www.portaleducacao.com.br/enfermagem/artigos/30480/o-que-e-tricotomia#ixzz4Dda3nvka

POP UTI 018 - CONTENÇÕES – INSTALAÇÕES E CUIDADOS

I. Objetivo

A restrição ou contenção de pacientes é um procedimento terapêutico que envolve o uso de dispositivos ou ações, que restringem à capacidade do paciente de movimentos ou acesso normal ao seu corpo. É classificada em contenção psicológica, nos casos de intimidação ou ameaça verbal durante o atendimento; contenção química, em situações que envolvem o uso de medicamentos; contenção física, quando o cliente é imobilizado por membros da equipe de saúde, em contato direto ou indireto com o paciente e; contenção mecânica, quando é utilizado dispositivos, como ataduras e/ou a elevação das grades do leito, para imobilizar o paciente.

A indicação de contenção mecânica é avaliada pelo Médico e Enfermeiro, devendo a equipe de enfermagem promover cuidados que visem a segurança do paciente submetido ao uso deste tipo de restrição.

A contenção mecânica deve ser utilizada apenas quando for o único meio disponível para prevenir dano imediato ou iminente ao paciente e/ou aos demais. Nesse sentido, é proibido o uso de restrições com a finalidade de disciplina, punição e coerção, ou por conveniência da instituição ou da equipe de saúde.

Isto posto, o objetivo desse procedimento deve ser proteger o paciente de riscos decorrentes de alterações de comportamento ou consciência, como lesões e traumas (quedas; contaminação de cateteres, dispositivos e feridas; deslocamento de dispositivos usados no tratamento, como: sondas, drenos, cateteres, etc.) provocados contra ele mesmo ou a outros, capaz de gerar danos a este e seu tratamento.

Destarte, visa à integridade física, psíquica e moral dos clientes e dos profissionais de saúde, que prestam assistência a esse paciente de modo que o procedimento seja realizado de forma humanizada. O

II. Materiais

- Contenções próprias de tecido, padronizadas na instituição (faixas confeccionadas pelo hospital).

- Ataduras de crepom;

- Lençol;

- Esparadrapo, se necessário;

- Compressas para proteção da pele;

- AGE ou creme hidratante (para idosos).

III. Abrangência

Setores assistenciais.

IV. Descrição dos Passos da Atividade

A contenção mecânica somente deverá ser utilizada caso o manejo verbal, ambiental e químico não tenham sido satisfatórios. Este tipo de contenção pode ser indicado nos seguintes casos: desmame ventilatório; despertar diário da sedação; pós-operatório imediato/mediato/tardio com redução do nível de consciência; agressividade por abstinência; confusão aguda/crônica; agitação psicomotora e alteração do nível de consciência; situações que expressem risco ao paciente, outros pacientes, familiares, equipe interdisciplinar; necessidade de restrição de movimentos de determinado seguimento corporal; risco de queda; risco de retirada não programada de dispositivos invasivos.

Salienta-se que a indicação, bem como a necessidade de manutenção ou retirada de contenção mecânica deverá: ser avaliado pelo Enfermeiro; constar em Prescrição Médica para checagem do seu início; estar aprazado na Prescrição Médica para checagem da equipe de enfermagem às 10hs, nos casos de uso contínuo; constar em Prescrição de Enfermagem o cuidado para checagem do técnico de enfermagem de 1/1h (avaliação da equipe de enfermagem quanto a sinais de garroteamento, perfusão local e surgimento de lesões ou sinais flogísticos).

IV.I Passo a passo do procedimento:

- Avaliar a necessidade da contenção mecânica pelo Médico e Enfermeiro;

- Verificar a prescrição do procedimento pelo Médico;

- Checar o horário de início da contenção mecânica na prescrição médica;

- Aprazar na Prescrição Médica para checagem da equipe de enfermagem às 10hs, se a indicação da contenção mecânica estiver de uso contínuo;

- Os cuidados referentes à avaliação do local da contenção mecânica deverão ser realizados conforme prescrição de enfermagem, a qual deverá ser aprazada pelo enfermeiro e checada pelos técnicos de enfermagem, de 1/1h;

- O técnico de enfermagem deverá avaliar de 1/1h o membro contido, visando identificar lesões, edemas, garroteamento e/ou má-perfusão e checar na prescrição de Enfermagem. Em caso de observação de algum destes sinais, o mesmo deverá acionar imediatamente o

Enfermeiro que avaliará a contenção, corrigirá a falha e se necessário acionará o médico para avaliação e conduta;

- A equipe de Enfermagem deverá registrar no prontuário eletrônico a contenção mecânica realizada;

- Deve constar na Evolução do Enfermeiro de 6/6h, nos horários padronizados: início da contenção, 12h, 18h, 24h e 06h enquanto se houver a necessidade de permanência da contenção mecânica.

IV.II PARA TORNAR O ATENDIMENTO MAIS EFICIENTE E SEGURO TANTO PARA A EQUIPE QUANTO PARA O PACIENTE SUGERE-SE:

- Colher o máximo de informações a respeito do paciente antes de abordá-lo;

- Estar alerta a riscos de violência iminente;

- Manter outra pessoa presente durante a entrevista com o paciente;

- Procurar criar vínculo e ambiente de respeito e aliança terapêutica com o paciente;

- Compete ao médico, enfermeiro e técnicos de enfermagem orientar ao paciente, aos familiares ou acompanhantes quanto à necessidade da contenção mecânica;

- A contenção mecânica só será realizada após avaliação do Enfermeiro/Médico, a partir de prescrição médica e avaliação contínua quanto ao momento em que se possa ser suspensa tal cuidado;

- O profissional responsável Enfermeiro/Médico deve se dirigir ao paciente, explicando-lhe o que está ocorrendo, o porquê de tal medida, sempre abordando verbalmente o paciente, seu familiar e cuidador quanto à necessidade de contenção;

- É necessária a presença de outros profissionais para a realização da contenção, de preferência cada profissional se responsabilizando por um membro. O condutor do processo de contenção é responsável por proteger a cabeça do paciente, monitorar vias aéreas e dados vitais, durante todo o procedimento.

IV.III AÇÕES DE CONTIGÊNCIAS

- A contenção mecânica deverá ser realizada, após discussão e avaliação da equipe presente quando à situação de urgência, após prescrição médica no prontuário do paciente;

- Em situações de urgência os técnicos de enfermagem acompanhados pelo Enfermeiro podem iniciar o processo de contenção mecânica, devendo, em seguida, ser comunicado ao médico para reavaliação e prescrição do procedimento;

- Reavaliações frequentes (01x01 hora) visando identificar lesões, edemas, garroteamento e/ou má-perfusão e; a necessidade da manutenção da contenção. Se necessário alternar locais de contenção;

- Comunicar intercorrências com local de contenção ao Enfermeiro e Médico plantonista.

IV.IV REALIZAÇÃO DA CONTENÇÃO EM 4 PONTOS

CONTENÇÃO DO QUADRIL:

- Pegar dois lençóis, dobrar em diagonal, redobrando-os até formar duas faixas;

- Colocar um dos lençóis sobre o quadril e o outro sob a região glútea;

- Unir as pontas dos lençóis e torcê-las;

- Amarrar as pontas dos lençóis no estrado da cama.

CONTENÇÃO DOS JOELHOS:

- Passar a ponta do lençol em diagonal do lado direito sobre o joelho direito e por baixo do esquerdo;

- Passar a ponta do lado esquerdo sobre o joelho esquerdo e por baixo do joelho direito;

- Amarrar as pontas nos estrados, nas laterais da cama.

CONTENÇÃO DE PUNHOS E TORNOZELOS – MMSS E MMII:

- Utilizar faixa própria para conter pacientes, confeccionada no Hospital;

- Colocar compressas para proteção da pele e se necessário hidratá-la;

- Passar as duas abas da contenção pelos membros do paciente e pegar as pontas dando um laço com nó em cima do vira das abas internas;

- Fixar as pontas da faixa externa no estrado da cama.

CONTENÇÃO DAS MÃOS – LUVA OU MITENE:

- Colocar compressa ou gaze IV na parte interna das mãos;

- Fechar a mão do paciente;

- Proceder ao enfaixamento com atadura de crepom;

- Deixar o cliente confortável e o ambiente em ordem;

- Deixar exposto o dedo indicador para uso de oxímetro, se necessário;

- Trocar o enfaixamento a cada 12/12 horas, verificando perfusão do membro.

Observações:

- Avaliar a necessidade de elevação da cabeceira da cama nas seguintes condições: pacientes em quadro de confusão mental; pacientes sedados com sobrepeso, apresentando roncos ou com dificuldades respiratórias; Avaliar nesses casos a possibilidade de também conter o paciente na posição de decúbito lateral direito ou esquerdo para evitar a aspiração e a asfixia (contenção de apenas um membro superior e um membro inferior);

- Monitoramento dos dados vitais, perfusão sanguínea e observação do local de restrição quanto a sinais flogísticos no ato da contenção e de hora em hora até a retirada da contenção

- A Enfermagem deverá registrar todos os dados no prontuário do paciente via sistema RM TOTVS, relatando os fatos com clareza e objetividade (quadro apresentado, medidas tomadas, hora de contenção, cuidados prestados e hora da retirada da contenção).

IV. V POSSÍVEIS COMPLICAÇÕES PELO USO INADEQUADO DA CONTENÇÃO MECÂNICA

- Alteração da vascularização dos membros contidos, devido a garroteamento;

- Lesão de plexos nervosos;

- Dificuldade ventilatória relacionada à contenção torácica;

- Aumento da agitação psicomotora e nível de colaboração do paciente;

- Desenvolvimento de lesões por Pressão, escoriações, hematomas, relacionadas ao mau posicionamento no leito, pela manutenção da posição supina ou pressão excessiva nos locais de fixação da contenção;

- Fraturas, luxações ou entorses do membro contido.

V. Siglas e Definições

MMSS - Membros Superiores;

MMII - Membros Inferiores.

VI. Anexos

N.A

VII. Referências

Bernik W, Gouvea FS, Lopes, K.V. Agitação psicomotora. Revisão. Revista Brasileira de Medicina. 2010 agosto; 67(8):289-295.

Souza VHS, Mozachi N. O Hospital – Manual do ambiente hospitalar. 6 ed. Curitiba: Editora Manual Real; 2005.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução 427/2012. Normatiza os procedimentos da enfermagem no emprego de contenção mecânica de pacientes. Brasília: COFEN, 2012. Disponível:

http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-n-4272012_9146.html

SALLES, C.L.S. Pedreira, M.L.G. CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO. Restrição de Pacientes, 2009.

POP UTI 019 - ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

I. Objetivos

Identificar alterações do estado e das condições dos clientes. Favorecer a detecção de novos problemas e a avaliação dos cuidados. Possibilitar a comparação das respostas do paciente aos cuidados prestados.

Destaca-se que os registros efetuados pela equipe de enfermagem (enfermeiro e técnico 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. Os registros realizados no prontuário do paciente tornam-se um documento legal de defesa dos profissionais, devendo, portanto estar imbuídos de autenticidade e de significado legal. Os mesmos refletem todo o empenho e força de trabalho da equipe de enfermagem, valorizando, assim, suas ações.

Outrossim, todo documento particular, como a documentação de enfermagem, para ser considerado autêntico e válido deverá estar legalmente constituído, ou seja, possuir assinatura do autor do registro (artigo 368 do Código do Processo Civil – CPC) e inexistência de rasura, entrelinhas, emenda, borrão ou cancelamento, características que poderão gerar a desconsideração jurídica do documento produzido como prova documental (artigo 386 CPC). As declarações constantes do documento particular, escrito e assinado, presumem-se verdadeiras em relação a quem o assinou (artigo 368 CPC), fator importante na defesa profissional em processos judiciais e éticos.

II. Materiais

- Computador;

- Impressos assistenciais;

- Número do prontuário via sistema RM.

III. Abrangência

Setores assistenciais.

IV. Descrição dos Passos da Atividade

As evoluções e anotações de enfermagem devem ser realizadas pelo Sistema RM TOTVS no prontuário do paciente, sendo impressa próximo ao final de cada plantão pelo técnico de enfermagem/enfermeiro responsável pelo paciente.

Após a impressão é OBRIGATÓRIO A ASSINATURA e CARIMBO DO FUNCIONÁRIO. O documento deverá ser arquivado na pasta do prontuário.

IV.I - Algumas regras são importantes para a elaboração das Anotações de Enfermagem, dentre as quais:

- Devem ser legíveis, completas, claras, concisas, objetivas, pontuais e cronológicas;

- Devem ser precedidas de data e hora, conter assinatura e identificação do profissional ao final de cada registro (carimbo contendo nome completo do profissional, classe e número do COREN com Estado);

- Não conter rasuras, entrelinhas, linhas em branco ou espaços;

- Conter observações efetuadas, cuidados prestados, intercorrências, sejam eles os já padronizados, de rotina e específicos;

- Devem, ainda, constar das respostas do paciente frente aos cuidados prescritos pelo enfermeiro, intercorrências, sinais e sintomas observados;

- Devem ser registradas após o cuidado prestado, orientação fornecida ou informação obtida;

- Devem priorizar a descrição de características, como quantidade mensurada (ml, l e etc.), coloração e forma;

- Não conter termos que deem conotação de valor (bem, mal, muito, pouco, etc);

- Conter apenas abreviaturas previstas em literatura;

- Devem ser referentes aos dados simples, que não requeiram maior aprofundamento científico.

IV.II - O que deve constar nas anotações de enfermagem:

Admissão:

- Nome completo do paciente, data e hora da admissão;

- Condições de chegada (deambulando, em maca, cadeira de rodas, etc.);

- Presença de acompanhante ou responsável;

- Condições de higiene;

- Motivo de internação, história patológica pregressa, medicações de uso contínuo, alergias e uso de drogas lícitas e ilícitas.

- Queixas relacionadas ao motivo de internação;

- Procedimento/cuidados realizados, conforme prescrição ou rotina institucional (mensuração dos sinais vitais, punção de acesso venoso, coleta de exames, elevação de grades, etc.);

- Orientações prestadas.

Pré-operatório:

- Procedimentos realizados no pré-operatório, conforme prescrição ou rotina institucional (banho, higiene oral, mensuração de sinais vitais, retirada e guarda de próteses, roupas íntimas, presença e local de dispositivos -acesso venoso, sondas, local de tricotomia, condições da pele, etc.);

- Tempo de jejum;

- Orientações prestadas;

- Encaminhamento/transferência para o Centro Cirúrgico.

Alta:

- Data e horário;

- Setor transferido;

- Procedimentos/cuidados realizados (mensuração de sinais vitais, retirada de cateter venoso, etc.);

- Tipo de transporte;

- Presença de acompanhante;

- Devolução de exames e pertences pessoais;

- Orientações prestadas.

Óbito:

- Assistência prestada durante a constatação;

- Data e horário;

- Identificação do médico que constatou;

- Procedimentos pós-morte (higiene, tamponamento);

- Horário e a quem foi comunicado o óbito;

- Devolução de pertences a familiares;

- Encaminhamento do corpo.

Dieta:

- Indicar dieta oferecida (livre, branda, pastosa, hipossódica, para diabéticos, dieta por sonda);

- Aceitação da dieta (total ou parcial);

- Dieta por sonda (quantidade da dieta e da hidratação, presença de refluxo gástrico);

- Dieta zero (motivo: cirurgia, exames, etc.);

- Necessidade de auxílio ou não.

Diurese:

- Ausência/presença de diurese (se sonda ou balanço hídrico, medir ml);

- Características (coloroção, odor);

- Presença de anormalidades (hematúria, piuria, disúria, etc.);

- Forma de eliminação (espontânea, via jontex, sonda vesical de demora / ostomias urinárias).

Evacuação:

- Episódios (nos respectivos horários);

- Quantidade (pequena, média, grande);

- Consistência (pastosa, líquida, semi-pastosa);

- Via de eliminação (reto, ostomias);

- Características (coloração, odor, consistência, quantidade);

- Queixas associadas.

V. Siglas e Definições

N.A.

VI. Anexos

Resolução COFEN 311/07 – Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem

Responsabilidades e deveres:

Art. 25 Registrar no prontuário do Paciente as informações inerentes e indispensáveis ao processo de cuidar.

Art. 41 Prestar informações, escritas e verbais, completas e fidedignas necessárias para assegurar a continuidade da assistência.

Art. 54 Apor o número e categoria de inscrição no Conselho Regional de Enfermagem em assinatura, quando no exercício profissional.

Art. 72 Registrar as informações inerentes e indispensáveis ao processo de cuidar de forma clara, objetiva e completa.

<u>Proibições:</u>

Art. 42 Assinar as ações de Enfermagem que não executou, bem como permitir que suas ações sejam assinadas por outro

Anotações de Enfermagem X Evolução de Enfermagem

Anotações de Enfermagem	Evolução de Enfermagem
Dados brutos	Dados analisados
Elaborado por toda a equipe de enfermagem (enfermeiro, técnico de enfermagem e auxiliar de enfermagem)	Elaborado apenas pelo enfermeiro
Referente a um momento	Referente ao período de 24h
Dados pontuais	Dados processados e contextualizados
Registra uma observação	Registra a reflexão e análise de dados

Modelos de Anotações de Enfermagem:

Admissão

10h00	Admitida na unidade, proveniente do PS, deambulando e acompanhada pela mãe, PA=110x80 mmHg e T=38ºC. Orientadas quanto às normas do setor. Maria Joana da Silva – COREN-SP-111111-AE
10h30	Realizada punção venosa no dorso da mão esquerda, com jelco nº 22, conforme prescrição de enfermagem e instalados itens 1 e 2 da prescrição médica. Maria Joana da Silva – COREN-SP-111111-AE
11h30	Mensurado T=36,8ºC. Relata ter aceitado toda a dieta (almoço). Maria Joana da Silva – COREN-SP-111111-AE
14h00	Instalado item 3 da prescrição médica. Maria Joana da Silva – COREN-SP-111111-AE
14h10	Solicitou auxílio para ir ao banheiro, apresentou diurese com coloração concentrada. Maria Joana da Silva – COREN-SP-111111-AE
14h30	Apresentou T=38,2ºC. Comunico à enfermeira Dra. Maria de Lourdes. Maria Joana da Silva – COREN-SP-111111-AE
14h45	Medicada com o item 5 da prescrição médica. Maria Joana da Silva – COREN-SP-111111-AE

Anotações do pré-operatório

7h00	Em jejum desde as 22h. Realizada tricotomia em região perianal. Julieta Soares COREN-SP-98760-AE
7h30	Encaminhada ao banho de aspersão, retirada prótese dentária e colocadas as roupas do Centro Cirúrgico. Julieta Soares – COREN-SP-98760-AE
8h30	PA=130x80 mmHg, T=36,3°C, R=20. Administrado item 3 da prescrição médica e encaminhada ao Centro Cirúrgico em maca. Julieta Soares COREN-SP-98760-AE

Anotações do pós-operatório

10h45	Transferida da maca para a cama, posicionada em decúbito lateral esquerdo e elevadas as grades do leito. PA=110x70 mmHg, P=68, R=20, T=36,2°C. Renato Santos – COREN-SP-11153-AE
12h00	Aceitou toda a dieta oferecida (almoço). Renato Santos – COREN-SP-11153-AE
12h15	Realizada higiene oral com creme dental. Renato Santos – COREN-SP-11153-AE
13h00	Refere algia na região cirúrgica. Informado à enfermeira Dra. Eugênia Rocha, que requisita medicar com o item 2 da Prescrição Médica. Renato Santos – COREN-SP-11153-AE
14h30	Observada infiltração ao redor do acesso venoso. Interrompida a infusão e comunicado à enfermeira. Renato Santos – COREN-SP-11153-AE
14h35	Avaliado dorso da mão esquerda, onde estava instalado cateter periférico. Observo sinais de infiltração de medicamento na região ao redor do cateter, que apresenta hiperemia, com aproximadamente 3 cm de diâmetro, e edema (+/+++). Retiro cateter e prescrevo punção de outro acesso venoso periférico (item 8) e cuidados no local da infiltração (itens 9, 10 e 11). Dra. Eugênia Rocha – COREN-SP-120225
14h40	Realizo punção venosa, conforme item 8 da Prescrição de Enfermagem. Renato Santos – COREN-SP-11153-AE
14h45	Cumpridos os itens 9, 10 e 11 da Prescrição de Enfermagem. Dra. Eugênia Rocha – COREN-SP-120225

VII. Referências

Souza VHS, Mozachi N. O Hospital – Manual do ambiente hospitalar. 6 ed. Curitiba: Editora Manual Real; 2005.

Resolução COFEN 311/07 – Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem.

Conselho Federal de Enfermagem. Guia de recomendações sobre registros de enfermagem no prontuário do paciente e outros documentos de enfermagem. Brasília: Cofen, 2016. Disponível em:

http://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2016/08/Guia-de-Recomenda%C3%A7%C3%B5es-CTLNVers%C3%A3o-Web.pdf

POP UTI 020 - NEBULIZAÇÃO – INSTALAÇÃO E CUIDADOS

I. Objetivos

Umidificar a via aérea superior;

Facilitar a drenagem de muco das VAS e pulmonares;

Liquefazer secreções brônquicas resistentes associando à nebulização o agente mucolínico;

Diminuir a inflamação através da associação de corticoides à nebulização.

II. Materiais

- Kit de nebulização O2 ou ar comprimido;

- Soro fisiológico 0,9% 10ml;

- Fonte de O2 ou ar comprimido;

- Fluxômetro;

- Medicação prescrita;

- Bandeja.

III. Abrangência

Todos os setores assistenciais da instituição.

IV. Descrição dos Passos da Atividade

- A nebulização deverá ser montada utilizando a fonte de O2 quando o paciente estiver em uso de oxigênio ou quando prescrito pelo médico, se não, SEMPRE utilizar o Ar comprimido.

- Conferir a prescrição médica;

- Conferir os onze certos: paciente certo, medicação certa, aspecto da medicação, validade, compatibilidade medicamentosa, direito de recusar o medicamento, orientações ao paciente, anotação correta, dose certa, hora certa e via certa;

- Separar o material a ser utilizado na bandeja;

- Levar o material até a unidade do paciente;

- Higienizar as mãos;

- Explicar o procedimento ao paciente;

- Instruir o paciente (se colaborativo) para limpar as vias aéreas antes do procedimento;

- Preparar a inalação de acordo com a prescrição médica;

- Conferir a solução preparada com a prescrição médica;

- Colocar o paciente em posição sentada ou em posição de Fowler no leito;

- Conectar o inalador a fonte de O2 ou ao ar comprimido;

- Abrir válvula do fluxômetro aproximadamente 4 a 6l/min até formar névoa;

- Observar o funcionamento do inalador pela névoa que se forma;

- Adaptar a máscara do inalador ao paciente ou copo de nebulização a conexão T acoplada ao circuito de TOT/TQT de pacientes em VM ou a conexão T para pacientes em oxigenoterapia por TQT, mantendo o recipiente do inalador na posição vertical;

- Manter a inalação durante o tempo indicado, observando o paciente;

- Orientar o paciente (se colaborativo) para que respire lenta e profundamente;

- Fechar a válvula do fluxômetro quando a névoa parar de sair;

- Desconectar a extensão do inalador;

- Deixar o paciente em posição confortável;

- Recolher o material utilizado;

- A cada uso: lavar com água e sabão e realizar desinfecção com álcool 70%, proteger sistema com saco transparente identificado e fechado para uso em cada paciente;

- Trocar sistema no momento da alta do paciente ou a cada 07 dias com envio do mesmo para desinfecção na Central de Material Esterilizado;

- Deixar a unidade do paciente em ordem;

- Checar o aprazamento na prescrição médica;

- Fazer anotação de enfermagem relacionada ao procedimento (técnico ou auxiliar de enfermagem);

- Fazer a evolução de enfermagem relacionada ao procedimento realizado (enfermeiro) via sistema RM.

<u>Observações:</u>

- Interromper a medicação se ocorrer reações adversas e comunicar imediatamente ao médico responsável;

- O kit de nebulização é de uso individual, devendo ser higienizado com água e sabão em cada uso e envolvido em saco plástico;

- Registrar na anotação de enfermagem ou na evolução de enfermagem a resposta do cliente a intervenção, alterações significativas na frequência cardíaca ou qualquer outra reação adversa.

V. Siglas e Definições

NEBULIZAÇÃO – É a administração de medicação nas vias aéreas superiores (VAS) por meio de dispositivos queliberam pequenas partículas de agentes farmacológicos no tecido epitelial mucoso do trato respiratório.

TOT – Tubo orotraqual

TQT – Traqueostomia

VM – Ventilação mecânica

VI. Anexos

KIT NEBULIZAÇÃO





VII. Referências

BARE, B.G; SUDDARTH, D.S. Brunner - Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica. 12ª Ed. Rio de Janeiro:Guanabara Koogan, 2014.

SILVA LD, PEREIA SRM, MESQUITA AMF. Procedimentos de enfermagem: Semiotécnica para o cuidado. Rio de Janeiro: Medsi; 2005.

POP UTI 021 - COLONOSCOPIA E ENDOSCOPIA – PREPARO E CUIDADOS

I. Objetivos

Orientar o preparo e cuidados para a realização de exames de Endoscopia e Colonoscopia.

II. Materiais

- Telefone;

- Material de escritório;

- Prontuário eletrônico;

- Impresso com orientações de preparo para o exame.

III. Abrangência

Endoscopia, Setores de internação e UTIs Adulto.

IV. Descrição dos passos da atividade

ENDOSCOPIA

- Perguntar o nome do paciente, idade, médico que realizará o exame;

- Explicar o preparo: 10 horas de jejum absoluto (inclusive água). Em caso de paciente hipertenso, orientá-lo a tomar as medicações ás 6hs da manhã com pouca água;

- Trazer um acompanhante maior de 18 anos. Caso o paciente esteja desacompanhado, o exame não será realizado, pois durante o exame, o paciente receberá medicação que o deixará sonolento, impossibilitando- o de dirigir e/ou caminhar sozinho;

- Verificar em lista disponível na recepção a documentação necessária para exame.

COLONOSCOPIA

- Perguntar o nome do paciente, idade, médico que realizará o exame;

- Orientar o paciente a pegar uma folha com orientações para o preparo do exame, no ato da marcação no hospital;

- Verificar em lista disponível na recepção a documentação necessária para realização da internação no dia do exame (Ficha de atendimento externo);

- Após marcar o exame ligar no ramal xxxx e marcar a anestesia no Centro Cirúrgico (anotar o nome de quem marcou e o horário);

- Encaminhar paciente para sala de exames.

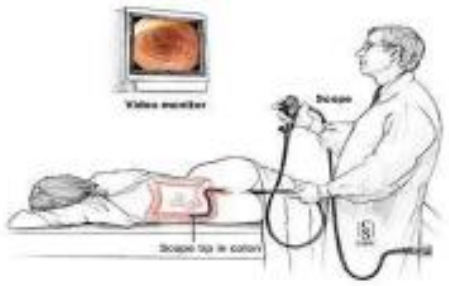
V. Siglas e Definições

ENDOSCOPIA – Exame indicado para avaliação diagnóstica e, quando possível, tratamento das doenças da parte superior do tubo digestivo, incluindo o esôfago, o estômago e a porção inicial do duodeno. Ele é realizado introduzindo-se pela boca um aparelho flexível com iluminação central que permite a visualização de todo o trajeto examinado.

COLONOSCOPIA – Exame endoscópico do intestino grosso e porção distal do íleo. É realizado principalmente para detecção de cânceres iniciais e diagnóstico de Cancro (tumor) avançado, mas também para o diagnóstico de doença inflamatória intestinal e outras patologias.



ENDOSCOPIA



COLONOSCOPIA

VI. Anexos

VII. Referências

Sociedade Brasileira de Enfermagem em Endoscopia. Gastrointestinal – SOBEEG. Manual de limpeza e desinfecção de aparelhos endoscópicos. Endoscopia gastrointestinal terapêutica SOBED – São Paulo –Tecmedd, 2006.

POP UTI 022 - PUNÇÃO LOMBAR – PREPARO E CUIDADOS

I. Objetivo

Fornecer material correto e adequado para a realização do procedimento.

II. Materiais

- Bandeja de pequena cirurgia;
- Gaze IV estéril;
- Campo estéril (simples e fenestrado);
- Agulhas (40x12 e 25x7);
- Agulha de raquianestesia;
- Luva estéril;
- Solução de clorexidina degermante a 4%;
- Frasco coletor estéril;
- Anestésico local;
- Seringa 10ml e 20ml;
- Avental estéril;
- Gorro.

III. Abrangência

Setores assistenciais

IV. Descrição dos passos da atividade

CABE AO ENFERMEIRO:

- Supervisionar o preparo do material para o procedimento;
- Registrar o procedimento, realizando a evolução de enfermagem no prontuário eletrônico;
- Encaminhar o material de punção para o laboratório, verificando a identificação correta da amostra e conferindo a solicitação de exame.

CABE AO TÉCNICO DE ENFERMAGEM:

- Reunir o material necessário;

- Higienizar as mãos;

- Orientar o paciente sobre o procedimento;

- Posicionar o paciente em decúbito lateral com as costas voltadas para o médico;

- Ajudar a fletir as costas do paciente, levando os joelhos próximos ao queixo, quando permitido;

- Abrir o material em mesa auxiliar em técnica asséptica;

- Fornecer o material necessário ao médico conforme solicitado;

- Estar presente durante todo o procedimento;

- Realizar curativo local após punção;

- Recolher o material utilizado no procedimento;

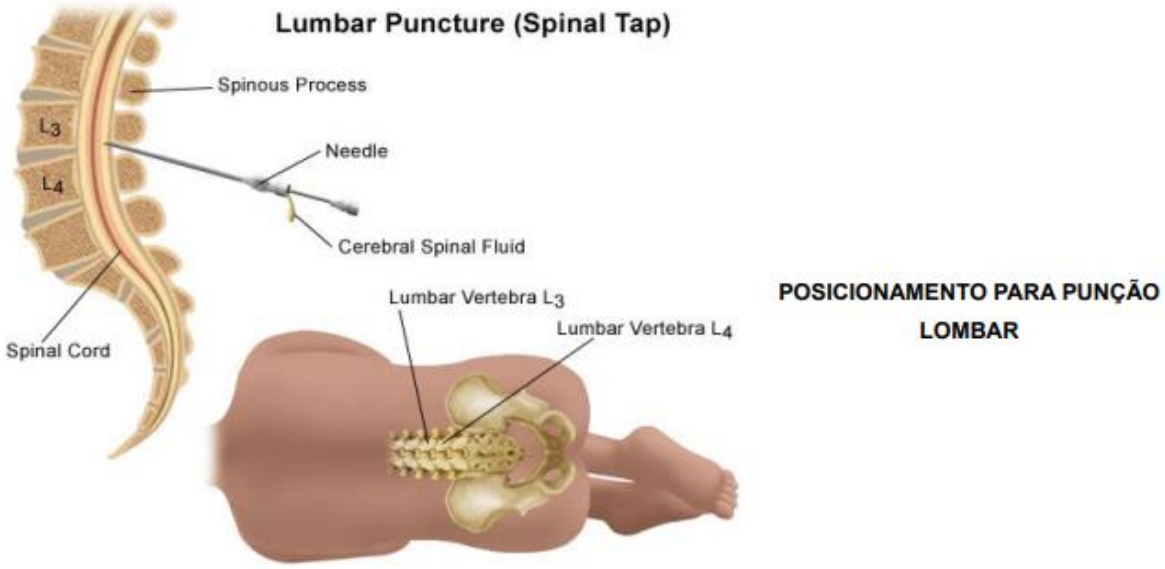
- Identificar corretamente o frasco e comunicar ao laboratório;

- Realizar anotações pertinentes no sistema RM.

V. Siglas e Definições

Punção Lombar – procedimento em que é utilizada uma agulha para remover uma amostra de líquido cefaloraquidiano, que é um líquido circulante que banha o sistema nervoso. Como este líquido envolve as raízes nervosas, é possível colher uma pequena amostra inserindo uma agulha entre as vértebras lombares. Este procedimento é utilizado para diagnosticar infecções do sistema nervoso (meningite e encefalite) e outras doenças neurológicas (por exemplo, esclerose múltipla, síndrome de Guillain-Barré ou hemorragia subaracnóidea).

VI. Anexos



POSICIONAMENTO PARA PUNÇÃO LOMBAR

VII. Referências

Programa Harvard Medical School Portugal. O que é uma Punção Lombar? [Internet]. Portugal; 2011. [Acesso em 2013 jul 23]. Disponível em: http://hmsportugal.wordpress.com/2011/08/30/o-que-e-uma-puncao-lombar/.

POP UTI 023 - HEMODIÁLISE – PREPARO E CUIDADOS

I. Objetivo

Padronizar as condutas de enfermagem e os materiais utilizados nos pacientes submetidos a sessões de hemodiálise na Unidade de Terapia Intensiva Adulto e na Unidade de Internação.

II. Materiais

- Capilar;
- Linha arterial;
- Linha venosa;
- Solução ácida e básica;
- Isolador de pressão;
- Three-way;
- Equipo de soro;
- Seringa descartável de 5ml;
- Agulha 25x7;

Luva de procedimento;

- Luva cirúrgica estéril;
- Gaze VI estéril;
- Soro Fisiológico 0,9% de 1000ml e 500ml;
- Heparina 5000UI.

III. Abrangência

UTI Adulto e Unidade de Internação.

IV. Descrição dos passos da atividade

- As sessões de hemodiálise são realizadas na UTI Adulto ou no Setor de Internação, no entanto, a realização e acompanhamento do procedimento são de responsabilidade do Serviço de Nefrologia;

- O material utilizado deverá ser pedido pelo técnico administrativo após prescrição médica (nefrologista), na conta do paciente, pois quando o serviço de nefrologia estiver no setor, o mesmo deverá estar disponível para uso;

- Cabe ao enfermeiro alocar o paciente no leito para realização da hemodiálise; na impossibilidade de disponibilização de leito de diálise, o médico nefrologista e o plantonista deverão ser comunicados;

- O serviço de manutenção da nefrologia deve elaborar um cronograma que especifique os intervalos da manutenção preventiva e da calibração dos equipamentos e manter arquivado o registro desses serviços, além de disponibilizar cópia para os setores que disponibilizam o serviço de hemodiálise;

- Cabe ao serviço de nefrologia, a elaboração do regimento de realização da desinfecção da máquina de osmose reversa, bem com as horas de utilização da mesma. O registro deverá ser realizado em impresso próprio do serviço e ser disponibilizados no setor;

- Cabe ao técnico de enfermagem do serviço de hemodiálise: conferir o material, monitorizar o paciente (se unidade de internação), comunicar ao médico e ao enfermeiro do plantão qualquer alteração durante a sessão de diálise;

- O técnico de enfermagem do setor auxilia o técnico de enfermagem do serviço de hemodiálise quando solicitado.

- Ao final da sessão, o técnico informa para o enfermeiro o ultrafiltrado (UF) e o mesmo ou outro membro da equipe de enfermagem faz o registro na folha de Balanço Hídrico do setor.

CUIDADOS DE ENFERMAGEM DURANTE A HEMODIÁLISE:

Antes da sessão:

- Verificar sinais vitais;

- Verificar peso do paciente;

- Esvaziar a bexiga e medir a diurese, se necessário;

- Verificar quais medicamentos o paciente está fazendo uso;

- Administrar a medicação prescrita.

Durante a sessão:

- Administrar medicação prescrita;

- Ficar atento para sangramento nasal ou cutâneo;

- Observar e relatar presença de: tremores, sonolência, náuseas, vômitos, tonturas e cãibras musculares;

- Providenciar dieta e hidratação durante a diálise;

- Realizar o controle do balanço hídrico.

Após a sessão:

- Fazer curativo compressivo, em técnica estéril, na região da fístula ou cateter de diálise e datar;

- Verificar sinais vitais;

- Administrar medicação prescrita, se necessário;

- Orientar o paciente a não pegar o peso com o braço do shunt, não mensurar pressão arterial ou administrar medicação neste membro;

- Informar o volume drenado (UF) na folha de balanço hídrico e evolução;

Observação:

Não se podem realizar: aferições de pressão arterial, punção de acesso venoso periférico e retirada de amostras sanguíneas no braço que possui a Fístula Arteriovenosa (FAV), pois esses procedimentos podem causar um bloqueio ou uma coagulação no dispositivo de acesso.

POSSÍVEIS COMPLICAÇÕES DURANTE A HEMODIÁLISE:

As complicações durante a sessão de hemodiálise podem decorrer devido às consequências das mudanças rápidas no equilíbrio dos líquidos e do sódio, como por exemplo:

- Câimbras musculares;

- Hipotensão (náuseas, vômitos, diaforese, taquicardia e vertigem são sinais comuns de hipotensão);

Complicações graves:

- Embolia gasosa: pode ocorrer quando o ar penetra no sistema vascular do paciente;

- Hipovolemia;

- Extravasamentos sanguíneos (quando as linhas sanguíneas se desconectam, ou quando as agulhas de diálise são deslocadas acidentalmente);

- Dor torácica.

- Arritmias (podem resultar das alterações eletrolíticas e do pH ou a partir da remoção de medicamentos antiarrítmicos durante a diálise);

- Desequilíbrio dialítico (resulta dos deslocamentos de líquido cerebral);

- Convulsões;

- Choque;

- Óbito.

Observação:

Muitas dessas complicações podem ser evitadas, caso os profissionais envolvidos estejam sempre alerta e acompanhando o paciente durante a sessão.

COMPLICAÇÕES À LONGO PRAZO:

- Doença cardiovascular arteriosclerótica: principal causa de morte e principal fator de limitação da sobrevida a longo prazo. Os distúrbios do metabolismo lipídico parecem ser acentuados pela Hemodiálise. A insuficiência cardíaca congestiva, a doença cardíaca coronariana com dor anginosa, a apoplexia, a insuficiência vascular periférica e o acidente vascular cerebral podem incapacitar o paciente;

- Anemia e fadiga: podem ser causadas por perda hemática acelerada (por hemólise e sangramento) e por distúrbio da produção de eritropoetina. A insônia, fadiga e mal-estar geral são persistentes. A deterioração do bem-estar físico e emocional, falta de energia e de força, e a perda de interesse contribuem negativamente para a intensificação da anemia.

- Infecção recorrente: o processo de hemodiálise faz com que o paciente tenha menor resistência às infecções. A exposição do sangue aos produtos do sangue e a materiais estranhos pode causar infecção e bacteremia por gram negativos e gram positivos. Infecção local na área do shunt e nas fístulas associada à hemodiálise;

- Sangramento: pode ser devido ao acúmulo de heparina; origem gastrintestinal; hematoma subdural; pericardite hemorrágica e menorragia;

- Alteração do metabolismo do cálcio: pode resultar em osteodistrofia renal (que produz dor óssea e fraturas); necrose asséptica do quadril; calcificação vascular e; prurido incurável;

- Ascite crônica: devido à sobrecarga hídrica associada à Insuficiência Cardíaca Congestiva (ICC), má nutrição (hipoalbuminemia) e diálise insuficiente;

- Úlceras gástricas: ocorrem a partir do stress fisiológico da doença crônica de base, dos medicamentos e de problemas correlatos;

- Síndrome de desequilíbrio: causada por alterações hidroeletrolíticas rápidas; pode produzir hipertensão, cefaléia, vômitos, convulsões, coma e problemas psiquiátricos.

V. Siglas e Definições

FAV – Fístula Arteriovenosa;

UTI – Unidade de Terapia Intensiva;

HD – Hemodiálise;

UF – Ultrafiltrado;

ICC – Insuficiência Cardíaca Congestiva.

VI. Anexos

NA

VII. Referências

Hospital Getúlio Vargas. Manual de Diálise. Serviço de Nefrologia do HGV [Internet] Rio de Janeiro; 2012. [Acesso em 2013 jul 24]. Disponível em: http://www.hgv.pi.gov.br/download/201204/HGV25_43447dbcff.pdf.
http://sbn.org.br/publico/tratatamentos/hemodiálise/

POP UTI 024 - CURATIVO - ACESSO VENOSO PERIFÉRICO, CENTRAL E ARTERIAL

I. Objetivo

Padronizar a realização do curativo em acesso venoso central e periférico com a finalidade de manter a permeabilidade e a assepsia relacionada ao manuseio do acesso, evitando contaminações e obstruções. Prevenir possíveis infecções e oclusão do cateter.

II. Materiais

- Mesa Mayo ou mesa auxiliar;

- Pacote de curativo (gaze IV estéril, pinça);

- Clorexidina alcoólica;

- Solução de clorexidina alcóolica;

- Fita adesiva tipo: película transparente estéril (Tegaderm); hipoalérgica porosa (micropore);

- Luvas de procedimento;

- Luvas estéreis;

III. Abrangência

Setores assistenciais.

IV. Descrição dos Passos da Atividade

IV. I. Curativo Acesso Venoso Central:

- Lavar as mãos;

- Reunir o material necessário sobre a mesa Mayo;

- Levar o material para perto do paciente;

- Orientar o paciente quanto ao procedimento que será realizado;

- Posicionar o paciente, expondo somente a região do curativo. Quando a localização do CVC for subclávia direito-esquerda (D/E) ou jugular D/E, posicionar a cabeça do paciente em direção oposta à inserção do cateter.

- Higienizar as mãos com álcool 70%;

- Abrir o pacote de curativo com técnica asséptica em campo estéril;

- Dispor sobre o campo estéril material a ser utilizado;

- Despejar a clorexidina alcoólica; sobre as gazes do pacote de curativo;

- Calçar as luvas de procedimento;

- Remover o curativo com a mão enluvada e/ou pinça dente de rato, observando as características do sítio de inserção do CVC e da pele;

- Observar a pele, sinais flogísticos e hematomas, incluindo fixação do cateter do orifício de saída até a ponta do mesmo, na busca de exteriorização;

- Desprezar o curativo retirado e a luva de procedimento em saco de lixo;

- Calçar luva estéril;

- Utilizar pinça kocher com gaze embebida em solução álcool 70% para a assepsia com movimentos circulares iniciado do local de inserção até 10 cm de diâmetro;

- Repetir o procedimento por duas ou mais vezes com folhas novas de gaze estéril;

- Retirar crostas e tecidos desvitalizados da pele pra promover melhor cicatrização, quando indicado;

- Cobrir a inserção e fixar no local película transparente estéril para CVC (Tegaderm) ou gaze IV e fita adesiva hipoalérgica porosa, se CVC com tempo de punção ≤24h).

- Datar a troca do curativo, identificando no curativo a data da troca, validade e o profissional responsável.

- Realizar troca do curativo Tegaderm a cada 7 dias ou antes se descolamento ou sujidade.

- Realizar troca do curativo oclusivo com gaze estéril e micropore a cada 24h ou antes se descolamento ou sujidade.

- Evoluir o procedimento no sistema RM e condições de integridade do acesso.

OBSERVAÇÃO: O primeiro curativo pós-punção deve ser realizado pelo médico que puncionou o acesso. Os curativos subsequentes devem ser trocados exclusivamente pelo Enfermeiro.

<u>IV. II. Curativo Cateter de Hemodiálise:</u>

- Preferencialmente ser feito pelo técnico do serviço de hemodiálise;

- Retirar a gaze fixada com esparadrapo ou proteção do cateter quando houver sujidade;

- Realizar a desinfecção das vias fechadas do cateter por meio de fricção rigorosa com gaze estéril embebida com a clorexidina alcoólica mantendo estéril a face da folha da gaze que entrará em contato com a ponta do cateter durante todo o procedimento;

- Proteger as vias do cateter com gazes secas e fixar com esparadrapo ou protetor;

- Orientar o paciente quanto às atividades que possam provocar a tração do cateter;

- Solicitar o relato à equipe de enfermagem sobre qualquer alteração no cateter, dentre elas: umidade do curativo e das vias fechadas protegidas, dor, calor sensação de inchaço, coceira, ardência;

- Registrar no curativo/fita adesiva tipo esparadrapo a data do procedimento e nome do profissional responsável;

- Desprezar o material utilizado nos locais preconizados pelo Serviço;

- Lavar as mãos;

- Registrar data, horário e responsável pelo procedimento no curativo via sistema RM.

- OBSERVAÇÃO: O primeiro curativo pós-punção deve ser realizado pelo médico que puncionou o acesso. Os curativos subsequentes devem ser trocados exclusivamente pelo Técnico de Hemodiálise ou Enfermeiro.

IV. III. Curativo de Acesso Venoso Periférico e Punção Arterial:

- Retirar a gaze fixada com esparadrapo ou proteção do cateter quando houver sujidade, estiver molhado, ou conforme necessidade de troca do AVP. Observar na pele sinais flogísticos e hematomas, comunicar ao enfermeiro;

- Fixar o cateter de forma que não interfira na visualização e avaliação do local. A fixação reduz o risco de uma transfixação. Utilizar micropore ou esparadrapo envolvendo o cateter e o membro de forma que o cateter fique fixo no membro;

- Realizar fixação com micropore em crianças e idosos e esparadrapo em adultos, ou conforme orientação do enfermeiro;

- Trocar o acesso venoso periférico a cada 96 horas. Caso não haja condições de troca, evoluir em prontuário o motivo da não realização da troca e condições de integridade e permeabilidade do AVP permanecente;

- Identificar no acesso venoso, o nº do calibre do dispositivo utilizado, a data em que foi realizado o procedimento e quem realizou. Datar a troca do curativo.

Exemplo

Nome

Nº Jelco ou Scalp

Data Punção

Data da Troca de Curativo

Nome do técnico que realizou a troca

Observações:

- Sempre manipular o cateter com técnica asséptica no momento da troca e curativo e ao manipular os dispositivos do sistema fechado (injetores laterais);

- Cuidado ao realizar a mudança de decúbito para não tracionar e nem arrancar o cateter por descuido;

- Observar: febre e sinais flogísticos no local: dor, calor, rubor, edema e/ou perda da função, próximos ao sítio de inserção do cateter;

- Em casos de sinais de infiltração ou sinais flogísticos, trocar o acesso;

- Na retirada do cateter manter técnica asséptica, realizando compressão no local até ocorrer a hemostasia, aplicar curativo oclusivo;

- O primeiro curativo deverá ser realizado 24 horas após a implantação do CVC;

- Todo curativo deverá ser protegido durante o banho e trocado sempre que estiver úmido;

- Quando o curativo for realizado com película transparente estéril, não deverá ser utilizada gaze sob a cobertura;

- A fixação do curativo com fita adesiva ou película é determinada pela avaliação do enfermeiro. Quando o curativo se apresentar com sangramento ou algum sinal flogísticos, este deverá ser fixado com fita adesiva para avaliação diária;

- Anotar as características do local de inserção do cateter, alterações encontradas e permeabilidade das vias, na anotação de enfermagem;

- Alterações no local de inserção devem também ser registradas no formulário da passagem de plantão;

- O enfermeiro responsável pelo curativo do CVC deve comunicar ao médico assistente as alterações encontradas e solicitar avaliação quanto à troca do dispositivo se CVC, se periférico solicitar a equipe técnica a troca do AVP.

V. Siglas e Definições

AVC – Acesso Venoso Central;

AVP – Acesso Venoso Periférico;

VI. Anexos

CURATIVO - maneira de proteger o sítio de inserção do cateter da colonização. Existem diferentes curativos, sendo que o de gaze IV estéril com micropore e o filme transparente de poliuretano são os mais utilizados. Esses curativos variam na durabilidade, facilidade de aplicação, capacidade de desenvolver reação cutânea e capacidade de prevenir infecções.

CURATIVO ACESSO VENOSO PERIFÉRICO





CURATIVO ACESSO VENOSO CENTRAL



VII. Referências

CEPON. Enfermagem Oncológica [Internet]. Santa Catarina; 2012. [Acesso em 2013 jul 26]. Dsiponível em:

http://enfermagemoncologicacepon.blogspot.com.br/2012/05/procedimento-operacional-padrao.html.

Núcleo de Educação em Urgências. Acessos Venosos Periféricos [Internet]. Santa Catarina; 2007. [Acesso em 2013 jul 26]. Disponível em: http://neu.saude.sc.gov.br/arquivos/acessos_venosos_pericericos.pdf.

CARMAGNANI, M.I.S. et al. Procedimentos de enfermagem: guia prático. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

POTTER, P.A.; PERRY, A.G. Fundamentos de enfermagem. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013.

POP UTI 025 - PASSAGEM DE PLANTÃO

I. Objetivo

Transmitir informação clara, concisa e objetiva sobre acontecimentos ocorridos durante um período de trabalho e que envolvam a assistência direta e/ou indireta ao paciente bem como assuntos de interesse institucional.

II. Materiais

- Passante de Enfermagem;

- Caneta;

- Computador.

III. Abrangência

Todos os setores assistenciais da instituição.

IV. Descrição dos Passos da Atividade

EQUIPE QUE PASSARÁ O PLANTÃO:

- Realizar o fechamento do plantão (troca de informações finais entre enfermeiros e técnicos do mesmo plantão);

- Agrupar os prontuários;

- Reunir a equipe.

TODOS OS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM:

- A passagem de plantão deverá ter como meta o tempo máximo de 10minutos (05 minutos antes do início do plantão e 05 minutos após);

- A passagem de plantão, sempre e somente, deverá ser iniciada 05 minutos antes do término do plantão (não deve haver recebimento do plantão antes dos 05 minutos que antecedem o início do plantão);

- Técnicos e enfermeiros passam plantão separadamente (técnicos para técnicos e enfermeiros para enfermeiros);

- O prontuário do paciente deve ser utilizado na passagem de plantão, sendo instrumentos básicos: prescrição médica, folha de controles e plano assistencial;

- O passante de plantão deverá ser salvo em PDF, em pasta própria setorial na área X. O título salvo deve conter: data, plantão e setor envolvido. Se necessário imprimir o passante padronizado em folha rascunho, que contenha minimamente um check-list com os itens críticos necessários para a passagem de plantão.

CONTEÚDO DO PASSANTE:

- Nome, diagnósticos, motivo de internação;

- Exames realizados e pendentes, evolução clínica/cirúrgica e condutas;

- Nos pacientes com tempo de internação maior do que 04 dias, reforçar apenas os pontos mais críticos, alterações clínicas e de conduta (objetivos), exames realizados e pendentes.

EQUIPE QUE RECEBERÁ O PLANTÃO:

- Trocar informações entre os profissionais enfermeiros e técnicos de enfermagem sobre cada paciente, revisão das prescrições de enfermagem e médica e de seu aprazamento.

- Conferência e atualização do passante;

V. Siglas e Definições

N.A.

VI. Anexos

N.A

VII. Referências

Albert Einstein - Instituto Israelita de Ensino e Pesquisa. Melhoria de Processo Assistencial: Passagem de Plantão

(Lean Six Sigma) [Internet]. São Paulo, 2013. [Acesso em 2013 ago 08]. Disponível em: http://apps.einstein.br/sien2012/docs/aulas/melhoria-de-processo-assistencial-passagem-de-plantao-lean-six-sigma.pdf.

Souza VHS, Mozachi N. O Hospital – Manual do ambiente hospitalar. 6 ed. Curitiba: Editora Manual Real; 2005.

POP UTI 026 - LARINGOSCÓPIO – DESINFECÇÃO E CONFERÊNCIA

I. Objetivo

Realizar a limpeza, desinfecção e conferência de cabos e lâminas de laringoscópio.

II. Materiais

- Esponja macia de limpeza;

- Escova de limpeza;

- Água e sabão;

- Álcool 70%;

- Compressas limpas e secas.

III. Abrangência

Setores assistenciais.

IV. Descrição dos Passos da Atividade

- Higienizar as mãos;

- Vestir EPI adequado;

- Desmontar todo o conjunto;

- Lavar a lâmina do laringoscópio com esponja macia, água e sabão, se necessário utilizar escova de limpeza;

- Enxaguar abundantemente com água corrente;

- Secar a lâmina com um campo seco;

- Friccionar álcool a 70% na lâmina por 30 segundos;

- Limpar o cabo do laringoscópio externamente com compressa limpa e umedecida em solução de água e detergente se necessário utilizar escova de limpeza;

- Remover a solução com compressa umedecida em água;

- Secar o cabo com um campo seco;

- Friccionar álcool a 70% no cabo por 30 segundos;

- Montar o laringoscópio testando seu funcionamento;

- Colocar os cabos e as lâminas embalados separadamente em filme transparente;

- Preencher a etiqueta de desinfecção com a data de validade de 07 dias e colar nos cabos e lâminas;

- Guardar o laringoscópio (cabo e lâminas) embalado e identificado em recipiente limpo, seco, com tampa e deixar em local visível sobre o carrinho de emergência.

V. Siglas e Definições

N.A.

VI. Anexos



LARINGOSCÓPIO

VII. Referências

Morya. Laringoscópio Convencional Reutilizável [Internet] São Paulo. [Acesso em 2013 ago 12]. Disponível em: http://www.jgmoriya.com.br/arquivos/280313022943Instrucao%20de%20Uso%20-%2010349590061%20%20LARINGOSCOPIO%20CONVECIONAL%20REUTILIZAVEL.pdf.

POP UTI 027 - COLETA E ANOTAÇÃO DAS CULTURAS - HEMOCULTURA, PONTA DE CATETER, UROCULTURA, LAVADO TRAQUEAL E SWAB: NASAL, RETAL E DE LESÕES.

I. Objetivos

Padronizar a rotina de preenchimento da planilha e coleta de culturas – hemocultura, ponta de cateter, urocultura, lavado traqueal e swab: nasal, retal e de lesões, aderindo plenamente os processos e gerando confiabilidade e segurança a atividade.

II. Materiais

HEMOCULTURA

- Planilha de culturas;

- Caneta;

- Requisição médica feita via prontuário eletrônico contendo: Identificação do paciente (nome completo, número de prontuário), local de internação e leito, data da solicitação, identificação da amostra, nome do médico solicitando, carimbo e assinatura do médico que realizou o pedido.

OBSERVAÇÃO:

A coleta de hemocultura é realizada pela equipe do laboratório via punção de veia periférica, mediante o pedido médico. As hemoculturas, com requisição de coleta através de Cateter venoso central deverão ser coletadas pelo enfermeiro conforme solicitação do profissional do laboratório e disponibilização do material necessário. Cabe ao enfermeiro do setor solicitar via telefone à presença do técnico do laboratório para realizar a coleta e registrar na planilha de cultura da coleta.

PONTA DE CATETER

- Frasco estéril para amostra;

- Lâmina de bisturi descartável número 23 ou 24;

- Luvas de procedimento;

- Luva de genitoque e/ou luva estéril;

- Gaze estéril com álcool a 70%;

- Esparadrapo ou micropore + gaze IV para curativo local pós retirada;

- Planilha de culturas;

- Caneta;

- Requisição médica feita via sistema contendo: Identificação do paciente (nome completo, número de prontuário), local de internação e leito, data da solicitação, identificação da amostra, nome do médico solicitante, carimbo e assinatura do médico que realizou pedido.

UROCULTURA

- Frasco para amostra;

- Seringa de 10ml ou 20ml;

- Agulha 27x07,

- Luvas de procedimento;

- Gaze estéril umedecida com álcool a 70%;

- Se paciente sem Cateter Vesical de Demora incluir: clorexidina degermante 0.2%; lidocaína em gel; sonda uretral calibre 12 ou 14Fr; luva estéril/ genitoque, avental estéril e bandeja de procedimento para de cateterismo vesical.

- Etiqueta de identificação de coleta de material;

- Planilha de culturas;

- Caneta;

- Requisição médica feita via sistema contendo: Identificação do paciente (nome completo, número de prontuário), local de internação e leito, data da solicitação, identificação da amostra, nome do médico solicitante, carimbo e assinatura do médico que realizou pedido.

LAVADO TRAQUEAL

- Luvas estéreis ou luva ginecológica para toque;

- Máscara;

- Óculos protetores;

- Sonda de aspiração calibre 12 ou 14Fr;

- Frasco coletor estéril tipo bronquinho ou kit: água destilada 10ml + seringa 10ml + agulha 40x12;

- Frasco coletor estéril;

- Etiqueta de identificação de coleta de material;

- Planilha de culturas;

- Caneta;

- Requisição médica feita via sistema contendo: Identificação do paciente (nome completo, número de prontuário), local de internação e leito, data da solicitação, identificação da amostra, nome do médico solicitante carimbo e assinatura do médico que realizou pedido.

SWABS

- Planilha de culturas;

- Par de luvas de procedimento;

- Swab estéril;

- Caneta;

- Etiqueta de identificação de coleta de material, própria aderida ao frasco de coleta.

- Requisição médica feita via sistema contendo: Identificação do paciente (nome completo, número de prontuário), local de internação e leito, data da solicitação, identificação da amostra, nome do médico solicitante, carimbo e assinatura do médico que realizou pedido.

OBSERVAÇÃO:

A coleta do swab nasal e retal deverá ser realizada na admissão do paciente na UTI que veio transferido de outra instituição com período de internação hospitalar >3 dias. As coletas subsequentes deverão ser realizadas a cada 15 dias, ou antes, se necessário, cujo controle dessa coleta é realizada pelo enfermeiro do setor atrás de planilha (Controle de coleta de swabs) que fica na área documentos de cada setor. A coleta de swabs de lesão deverá ser realizada conforme necessidade (sinais de infecção) e requisição do exame pelo médico.

III. Abrangência

Setores assistenciais.

IV. Descrição dos passos da atividade

IV.I - Preenchimento da Planilha de Culturas

- Após coleta do material;

- Preencher planilha de acordo com os campos presentes: cabeçário (Leito, Nome completo do paciente e Prontuário), Data da Coleta, Material coletado, Data do Resultado, Resultado apresentado e assinatura do técnico do laboratório;

- Anexar à planilha na prancheta do paciente;

- Essa planilha deverá ser impressa em folha rosa;

- Certificar-se a presença da assinatura do técnico do laboratório.

IV.II - HEMOCULTURA

- A coleta de hemocultura é realizada pela equipe do laboratório via punção de veia periférica, mediante o pedido médico.

- As hemoculturas, com requisição de coleta através de Cateter venoso central deveram ser coletadas pelo Enfermeiro conforme solicitação do profissional do laboratório e disponibilização do material necessário;

- Evoluir via prontuário eletrônico à coleta do material;

- Preencher a planilha de cultura.

IV.III – PONTA DE CATETER

- Reunir todo o material necessário;

- Calçar luva estéril;

- Limpar a pele com álcool 70% antes de remover o cateter;

- Segurar a porção exposta do cateter e remover cuidadosamente o cateter do paciente com um instrumento estéril;

- Não deixar o cateter ter contato com a pele;

- Segurar a porção distal sobre um recipiente estéril e cortar a ponta, aproximadamente 5cm (marca no cateter), com lâmina de bisturi, deixando-a cair dentro do recipiente estéril, tampando-o em seguida;

- Rotular a amostra com a etiqueta de coleta de material;

- Colocar amostra no local identificado com materiais do laboratório;

- Preencher a planilha de cultura;

- Evoluir via sistema à coleta do material;

- Certificar-se que o técnico do laboratório recolheu o material no tempo pré-determinado, não alterando o resultado da coleta.

IV.IV - LAVADO TRAQUEAL

- Reunir todo material;

- Lavar as mãos:

- Coloca máscara e óculos;

- Abrir a embalagem da sonda de aspiração mantendo-a estéril;

- Ligar a fonte do sistema de aspiração;

- Parar a infusão de dieta;

- Elevar cabeceira;

- Colocar água destilada de 10ml, em seringa de 10 ml;

- Calçar ás luvas estéreis;

- Retirar a sonda da embalagem, segurando-a com a mão dominante;

- Ofertar oxigênio a 100%, temporariamente;

- Com a mão não dominante encaixa-se o sistema de vácuo na sonda de aspiração e desacopla-se o sistema circuito de ventilação mecânica ou oxigenoterapia da prótese ventilatória TOT/TQT enquanto a mão dominante preserva a sonda de aspiração estéril;

- Introduzir a sonda de aspiração do TOT/TQT, mantendo a borracha do vácuo clampeada, sem sucção, até o ponto de resistência;

- Liberar o vácuo após a inserção da sonda no TOT/TQT;

- Proceder à aspiração;

- Retirar a sonda de aspiração após 05 ou 10 segundos, com movimentos suaves, em rotação;

- Retirar a sonda de aspiração;

- Colocar a seringa de 10 ml com soro fisiológico 09%, na sonda para recolher o material, que deve ser colocado em frasco de boca larga estéril;

- Desconectar a sonda de aspiração da fonte de vácuo, depositando a secreção no frasco e tampando-o imediatamente;

- Lavar o sistema de aspiração com água destilada de 10ml;

- Proteger a extremidade da borracha de aspiração (fonte de sucção) com o invólucro da sonda de aspiração;

- Retirar as luvas e máscara;

- Lavar as mãos;

- Retirar os óculos;

- Rotular a amostra com a etiqueta de coleta de material;

- Colocar amostra no local identificado com materiais do laboratório;

- Preencher a planilha de cultura;

- Evoluir via prontuário eletrônico à coleta do material;

- Certificar-se que o técnico do laboratório recolheu o material no tempo pré-determinado, não alterando o resultado da coleta.

OBSERVAÇÃO:

A coleta com uso de coletor próprio bronquinho deve ser realizada em sistema de aspiração fechado acoplando o mesmo entre o trach-care e o sistema de aspiração, realizar introdução da sonda e aspiração até o depósito da secreção traqueobrônquica dentro do frasco, após o término, reacoplar sistema de aspiração e vedar o frasco coletor (bronquinho).

IV.V – UROCULTURA

URINA DE JATO MÉDIO FEMINO

- Reunir todo o material necessário;

- Despir o paciente da cintura para baixo para facilitar a higiene e a coleta;

- Lavar as mãos antes e após o procedimento;

- Calçar luvas de procedimento;

- Separar os grandes lábios, higienizar a área genital de frente para trás com gaze embebida em clorexidina degermante 0,2%, novamente de frente para trás enxaguar a àrea limpa com gaze umedecida em água para retirar a clorexidina;

- Mantendo os grandes lábios separados, desprezar o primeiro jato no vaso sanitário/comadre/periquito e sem interromper a micção, posicionar o frasco de coleta no caminho do jato urinário recolhendo o jato médio.

- A coleta do jato médio urinário deve ser evitada durante o período menstrual. Na necessidade de coletar amostra neste período a paciente deve ser orientada a utilizar absorvente interno e posteriormente realizar o procedimento de higiene intima conforme descrito acima.

- Retirar as luvas;

- Rotular a amostra com a etiqueta de coleta de material;

- Colocar amostra no local identificado com materiais do laboratório;

- Preencher a planilha de cultura;

- Evoluir via sistema à coleta do material;

- Certificar-se que o técnico do laboratório recolheu o material no tempo pré-determinado, não alterandoo resultado da coleta.

URINA DE JATO MÉDIO MASCULINO

- Reunir todo o material necessário;

- Calçar luvas de procedimento;

- Retirar a roupa da cintura para baixo para facilitar a higiene e a coleta;

- Lavar as mãos antes e após o procedimento;

- Retrair o prepúcio para exposição e higienização adequada da uretra e glande;

- Higienizar a genitália externa com gaze embebida em clorexidina degermante 0,2%, dando atenção especial ao meato uretral, enxaguar a região para retirar a clorexidina utilizando outra gaze umedecida com agua.

- Desprezar o primeiro jato no vaso sanitário/periquito/comadre e sem interromper a micção, posicionar o frasco de coleta no caminho do jato urinário recolhendo o jato médio;

- Retirar as luvas;

- Rotular a amostra com a etiqueta de coleta de material;

- Colocar amostra no local identificado com materiais do laboratório;

- Preencher a planilha de cultura;

- Evoluir via sistema à coleta do material;

- Certificar-se que o técnico do laboratório recolheu o material no tempo pré-determinado, não alterando o resultado da coleta.

URINA COLETADA POR SONDA VESICAL DE ALIVIO

- Reunir todo o material necessário;

- Retirar a roupa da cintura para baixo para facilitar a higiene e a coleta.

- Lavar as mãos antes e após o procedimento;

- Calçar o par de luvas de procedimento;

- Realizar a higienização do local com clorexidina degermante 0,2/%;

- Calçar o par de luvas estéril ou genitoque;

- Colocar na ponta da sonda uretral uma pequena quantidade de lidocaína em gel a fim de realizar analgesia;

- Introduzir a sonda uretral no canal uretral;

- Desprezar o fluxo inicial (aproximadamente 30ml) antes de recolher a amostra para cultura;

- Posicionar o frasco de coleta na ponta da sonda uretral coletando o volume de aproximadamente 10ml de urina;

- Retirar o par de luvas;

- Rotular a amostra com a etiqueta de coleta de material;

- Colocar amostra no local identificado com materiais do laboratório;

- Preencher a planilha de cultura;

- Evoluir via prontuário eletrônico à coleta do material;

- Certificar-se que o técnico do laboratório recolheu o material no tempo pré-determinado, não alterando o resultado da coleta.

OBSERVAÇÃO:

A passagem de sonda de alívio é um procedimento realizado pelo Enfermeiro após prescrição do procedimento pelo médico responsável pelo paciente.

URINA COLETA POR SONDA VESICAL DE DEMORA

- Reunir todo o material necessário;

- Pinçar o circuito de drenagem distalmente à saída de aspiração durante aproximadamente 10 a 15 minutos antes da coleta da amostra, para possibilitar o acúmulo de urina;

- Lavar as mãos e calçar as luvas de procedimento;

- No circuito de drenagem na área própria para coleta de amostras (região com silicone), realizar a assepsia com a gaze IV estéril umedecida em álcool a 70%;

- Acoplar agulha 25x7 a seringa descartável de 10ml, desencapar a agulha e inserir em ângulo de 90º em relação ao circuito;

- Aspirar volume de 10ml de urina para o interior da seringa;

- Expelir o conteúdo da seringa em frasco coletor estéril e tampá-lo imediatamente;

- Rotular a amostra com a etiqueta de coleta de material;

- Colocar amostra no local identificado com materiais do laboratório;

- Preencher a planilha de cultura;

- Certificar – se de ter retirado a pinça do circuito de drenagem para evitar o refluxo de urina.

- Evoluir via sistema TOTVS/RM à coleta do material;

- Certificar-se que o técnico do laboratório recolheu o material no tempo pré-determinado, não alterando o resultado da coleta.

OBSERVAÇÃO:

NUNCA colete urina diretamente da saída da bolsa coletora do cateter vesical de demora.

IV.VI – SWAB's

NASAL

- Reunir todo o material necessário;

- Lavar as mãos e calçar as luvas de procedimento;

- Inserir o swab estéril através da narina. Durante a retirada do swab, gire – o suavemente contra a parede de cada narina, para coleta em área da mucosa nasal;

- Colocar o swab em tubo de cultura próprio com recurso para transporte;

- Retire e descarte as luvas e lave as mãos;

- Identificar a amostra preenchendo a etiqueta presente no tubo coletor com os dados do paciente e amostra;

- Colocar amostra no local identificado com materiais do laboratório;

- Preencher a planilha de cultura;

- Evoluir via prontuário eletrônico à coleta do material;

- Certificar-se que o técnico do laboratório recolheu o material no tempo pré-determinado, não alterando o resultado da coleta.

RETAL

- Reunir todo o material necessário;

- Lavar as mãos e calçar as luvas de procedimento;

- Inserir o swab estéril através do esfíncter anal e avançar cerca de 3-4 cm. Durante a retirada do swab, gire – o suavemente contra as paredes do reto inferior, para coleta de área da mucosa retal;

- Colocar o swab em tubo de cultura próprio com recurso para transporte;

- Retire e descarte as luvas e lave as mãos;

- Identificar a amostra preenchendo a etiqueta presente no tubo coletor com os dados do paciente e amostra;

- Colocar amostra no local identificado com materiais do laboratório;

- Preencher a planilha de cultura;

- Evoluir via prontuário eletrônico à coleta do material;

- Certificar-se que o técnico do laboratório recolheu o material no tempo pré-determinado, não alterando o resultado da coleta.

LESÕES E SECREÇÕES

- Reunir todo o material necessário;

- Lavar as mãos e calçar as luvas de procedimento;

- Passar o swab estéril sob a secreção ou lesão. Durante a retirada do swab, gire-o suavemente contra as a lesão, para coleta de área a ser investigada;

- Colocar o swab em tubo de cultura próprio com recurso para transporte;

- Retirar e descartar as luvas e lave as mãos;

- Identificar a amostra preenchendo a etiqueta presente no tubo coletor com os dados do paciente e amostra;

- Colocar amostra no local identificado com materiais do laboratório;

- Preencher a planilha de cultura;

- Evoluir via sistema à coleta do material;

- Certificar-se que o técnico do laboratório recolheu o material no tempo pré-determinado, não alterando o resultado da coleta.

OBSERVAÇÕES GERAIS:

- Coletar amostras, antes da administração da primeira dose de antibioticoterapia;

- Utilizar frascos e meios de transporte apropriados;

- Em situações onde o próprio paciente irá realizar a coleta (urina), instruir de maneira clara o paciente e certificar-se de que ele entendeu suas orientações;

- Todo material poderá permanecer no setor no máximo 1 hora após a coleta, caso ultrapasse esse período deverá ser realizado nova coleta.

V. Siglas e Definições

TOT: Tubo Orotraqueal;

TQT: Traqueostomia.

VI. Anexos

N.A

VII. Referências

Hospital Universitário/UFSC. Manual de Coleta para Exames Microbiológicos [Internet] Brasil; 2016. [Acesso em 2017 jun 25]. Disponível em: http://www.hu.ufsc.br/documentos/manual_de_coleta_de_examesmicrobiologicos.doc

Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Manual de microbiologia clínica para o controle de infecção em serviços de saúde. Brasília, 2010. Módulo VII, p. 01-24.

Ministério da Saúde. ANVISA. Manual de Microbiologia Clínica Para o Controle de Infecção em Serviços de Saúde. Brasília- 2010.O Hospital manual do ambiente hospitalar 7 edição / Virginia helena soares de souza, Nelson Mozachi. 2010,

POP UTI 028 - MANUSEIO E CHECAGEM DO DESFIBRILADOR MD SERIES

I. Objetivos

- Orientar sobre a forma de utilização do marcapasso cardíaco e do desfibrilador/cardioversor.

- Demostrar a forma de checagem dos equipamentos e seus cabos de acordo com as recomendações do fabricante, promovendo a segurança do paciente e da equipe ao redor, evitando eventos indesejáveis.

II. Materiais

- Monitor/Desfibrilador;

- Gel;

- Pás;

- Eletrodos.

III. Abrangência

Setores assistenciais.

IV. Descrição dos passos da atividade

IV.I - Uso do equipamento para Desfibrilação /Cardioversão

Passo a passo:



1 - Ligue o equipamento, confere todo o material (pás, cabo de ECG, gel, eletrodos) e conecte no paciente o cabo de ECG e caso tenha o módulo de Sat O2 deverá ser conectado.



2 - Clique no módulo manual.



3 - Solicite ao médico de plantão que escolha a quantidade do JOULE



4 - Clique no botão de carga e aguarde carregar.





5 - Ao carregar o médico dispara o choque. O disparo do choque pode ser de dois modos: diretamente nas pás ou na tela de configuração.

IV.II - Marcapasso cardíaco transcutâneo

O marcapasso transcutâneo pode ser executado mais rapidamente do que o intravenoso, apropriado como terapia inicial em pacientes necessitando de marcapasso de emergência. Ele também pode ser usado como uma alternativa em situações onde as chances de necessidade de marcapasso são pequenas e os benefícios do marcapasso transvenoso não elevam os riscos.

Função operacional do marcapasso: Enquanto estiver utilizando o marcapasso do Monitor/Desfibrilador series, a seguinte ordem operacional deve obrigatoriamente ser considerada:

- Ligue o monitor/desfibrilador series;

- Coloque os eletrodos VivePads no paciente,

- Conecte os eletrodos VivePads com a conexão de encaixe ao cabo ViveCable;

- Feche a tampa para fixar a conexão. Preste atenção á marcação de cores para polaridade da respectiva conexão na posição do eletrodo;

- Conecte o cabo do ViveCable conector do monitor /desfibrilador series.

O Marcapasso do Monitor/desfibrilador Series ainda não gera impulsos de estimulação. Primeiro, os parâmetros Modo Operacional, frequência de estimulação, intensidade de estimulação precisam ser estabelecidos.

Ajuste do modo de operação do marcapasso:

Existem três modos diferentes de operação do marcapasso: Demanda, Assíoncrono e overdriv.





Ajuste da frequência e intensidade de estimulação:



Cabos ViveCable para conexão dos eletrodos VivePads



1 - Clique para conexão de Eletrodos VivePads.





2 - Fixação clipes para conexão de VivePads.



3 - Fixação completa dos clipes.

Cabo paciente de ECG 4 vias



1 - Clipes de eletrodo (verde, amarelo, preto e vermelho).



2 - Conexão do cabo ECG conectado ao dispositivo.



1 - Clique na seta indicada



2 - Entre na opção para página 4



3 - Confirme a opção Teste de IHM



4 - Mensagem agem que aparecerá em cada solicitação de teste





5 - Clique na 1ª pá e posteriormente clique na 2ª pá



6 - Clique nas duas pás de forma simultânea e coloque em cada opção de joule 300





7 - Após término do joule, Clique em carga



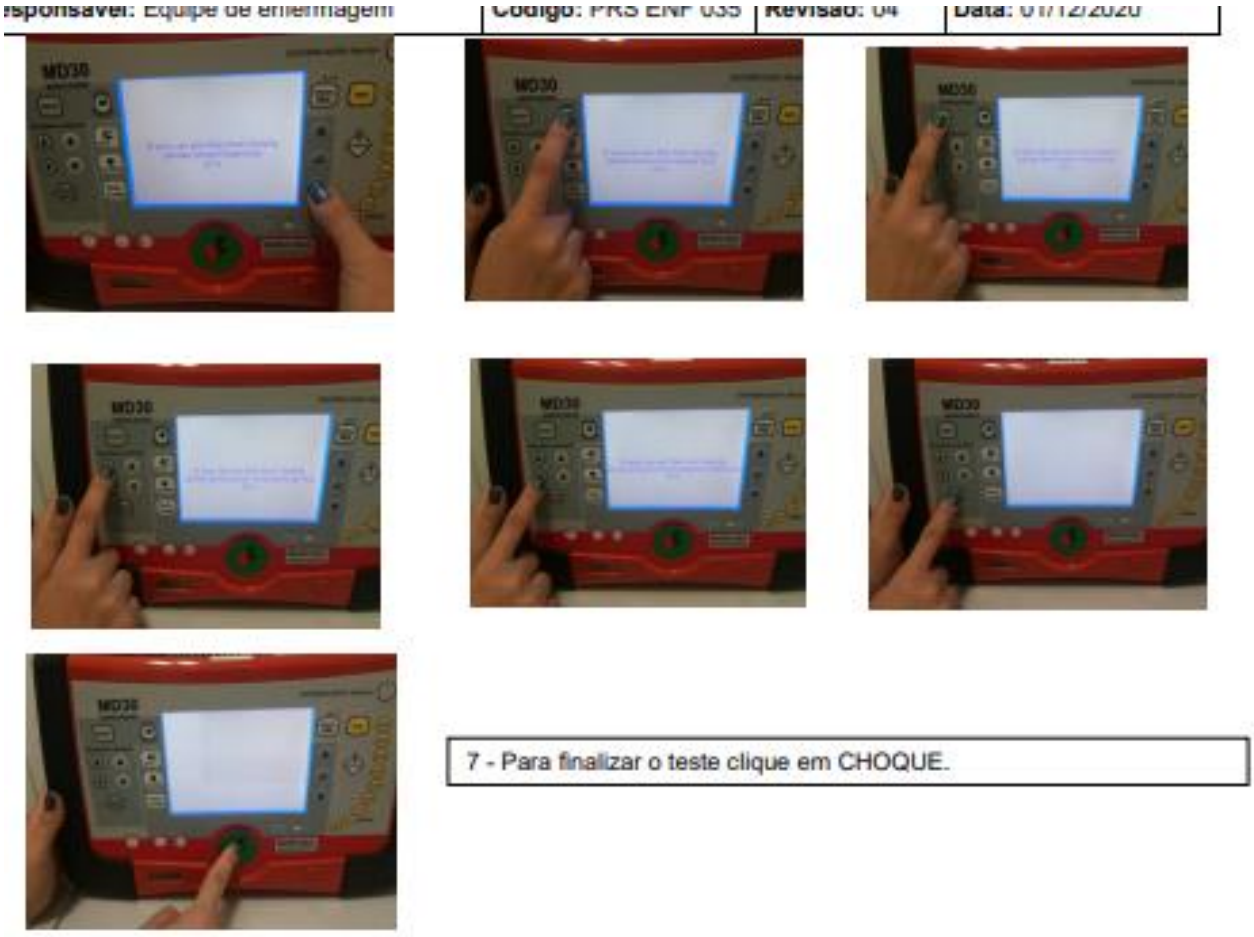












V. Siglas e Definições

DESFIBRILADOR - equipamento utilizado na parada cardiorrespiratória com objetivo de restabelecer ou reorganizar o ritmo cardíaco. A desfibrilação é a aplicação de uma corrente elétrica em um paciente, através de um desfibrilador, um equipamento eletrônico cuja função é reverter um quadro de fibrilação auricular ou ventricular. A reversão ou cardioversão se dá mediante a aplicação de descargas elétricas no paciente, graduadas de acordo com a necessidade. Os choques elétricos em geral são aplicados diretamente ou por meio de eletrodos (Placas metálicas, ou apliques condutivos que variam de tamanho e área conforme a necessidade) colocados na parede torácica.

VI. Anexos

N.A

VII. Referências

Manual do usuário, MD SERIES.

POP 029 - UTILIZAÇÃO DO EXPURGO E ENCAMINHAMENTO DE MATERIAL À CME

I. Objetivos

Padronizar o manuseio e preparo de materiais contaminados utilizados em procedimentos, nas áreas de expurgo setoriais.Transportar artigos contaminados corretamente/adequadamente dos setores para o expurgo da Central de Material Esterilizado (CME).

II. Materiais

- Tapware;
- Carrinho de inox;
- Luvas de procedimento;
- Compressa;
- Avental impermeável;
- Óculos;
- Máscara;
- Água;
- Sabão liquido;
- Álcool 70%.

III. Abrangência

Todos os setores assistenciais da instituição.

IV. Descrição dos passos da atividade

IV.I - Desinfecção de material no setor e encaminhamento para a CME

- Todo material utilizado em procedimentos invasivos ou não, ou seja classificados como críticos, não críticos e semicríticos, deverão passar pelo processo de descontaminação nos setores de acordo com profissional escalado para esta atribuição;

- Recomendamos que ao realizar este processo o colaborador deverá utilizar: EPI (jaleco, touca, avental impermeável, máscara, luvas de procedimento e óculos de acrílico) durante a desinfecção dos materiais e seu transporte no setor;

- Lavar as mãos ou friccionar álcool 70% antes e após as atividades;

- Encaminhar para o expurgo os materiais utilizados no setor, envolvidos em sms e ou em sacos plásticos;

- Realizar pré-lavagem com água e sabão do material retirando o excesso de material orgânico/sujidade antes de ser encaminhado à CME;

- Conferir o numero de peças em caso de bandejas e encaminhar para CME com etiqueta de montagem da bandeja;

- Em casos de ambu e materiais de assistência ventilatória somente encaminhar após verificação da integridade dos mesmos e se estão completos;

- Caso alguns materiais danificaram durante o uso não descartar, os mesmos deverão ser encaminhados para CME onde, o setor solicitará reposição, manutenção e ou descarte;

- Acondicionar os materiais submetidos a descontaminação em tapouer identificado como transporte de material contaminado e encaminhar para área suja da CME (expurgo) nos horários pré estabelecidos conforme protocolo;

- Fazer desinfecção das bancadas com álcool a 70% a cada turno e quando necessário;

- Solicitar orientação do enfermeiro sempre que houver dúvida no desenvolvimento das atividades.

- Ao término do plantão: guardar os EPIs limpos, em local próprio;

- Os materiais que são realizados a desinfecção no setor como os kits de laringoscópios, kits de aspiração, frasco de diurese e frasco de aspiração, deverão passar pelo processo de desinfecção com água e sabão, e fricção com alcool à 70%, ambos com validade de 7 dias e identificados, os demais materiais devem ser encaminhados para reprocessamento na CME;

- Após embalar este material identificando com a data de desinfeção e validade.

V. Siglas e Definições

EPIs: equipamento de proteção individual;

CME: Central de material esterilizado.

VI. Anexos

VII. Referências

Souza VHS, Mozachi N. O Hospital – Manual do ambiente hospitalar. 6 ed. Curitiba: Editora Manual Real; 2005

POP 030 - ACESSO VENOSO CENTRAL – PREPARO E CUIDADOS

I. Objetivo

Fornecer material correto e adequado para a realização do procedimento de punção de Acesso Venoso Central (AVC).

II. Materiais

- Bandeja de pequena cirurgia ou de intracath;

- Gaze IV estéril;

- Campo estéril (simples ou fenestrado);

- Agulhas (40x12, 25x7 e 13x4,5);

- Luva estéril;

- Solução clorexidina degermante e alcoólica;

- Anestésico local - lidocaína 2% sem vaso conforme prescrição médica;

- Seringa 10ml e 20ml;

- Cateter venoso central: mono-lúmen, duplo-lúmen ou hemodiálise conforme necessidade do paciente;

- Soro fisiológico 0,9% de 100ml;

- Equipo macrogotas/simples;

- Fio seda 2,0;

- Avental estéril, gorro e máscara.

III. Abrangência

Setores assistenciais.

IV. Descrição dos passos da atividade

CABE AO ENFERMEIRO:

- Supervisionar o preparo do material para o procedimento;

- Orientar o preenchimento correto do Bundle pelo técnico que assistiu o procedimento junto ao médico;

- Orientar o preenchimento pelo técnico em enfermagem da planilha de rastreabilidade de matérias da CME e anexá-la ao prontuário;

- Registrar o procedimento, realizando a evolução de enfermagem.

CABE AO TÉCNICO DE ENFERMAGEM:

- Reunir o material necessário;

- Higienizar as mãos;

- Orientar o paciente sobre o procedimento;

- Posicionar o paciente em decúbito dorsal;

- Abrir o material em mesa auxiliar em técnica asséptica;

- Fornecer o material necessário ao médico conforme solicitado;

- Estar presente durante todo o procedimento;

- Realizar curativo local após punção venosa;

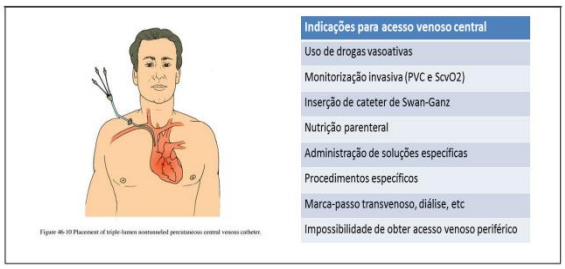
- Recolher o material utilizado no procedimento;

- Realizar anotações pertinentes.

V. Siglas e Definições

Acesso venoso central (AVC) - Este procedimento pode ser definido como o posicionamento de um dispositivo apropriado de acesso vascular, cuja extremidade atinja as veias calibrosas do sistema venoso central. Os vasos do sistema venoso central; disponíveis para punção incluem as veias subclávias: direita e esquerda, jugulares internas: direita e esquerda e; femoral direita e esquerda.

VI. Anexos



VII. Referências

http://revista.fmrp.usp.br/2012/vol45n2/Simp5_Acesso%20Vascular.pdf

POP 031 - ATENDIMENTO A PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA / CÓDIGO AZUL

I. Objetivo

Define-se como parada cardiorrespiratória (PCR) a interrupção súbita e brusca da circulação sistêmica e ou da respiração. Este protocolo tem por objetivo tornar rápido e organizado o atendimento, aumentando a chance de sucesso das manobras de Ressuscitação Cardiopulmonar (RCP), reduzindo o estresse e o desgaste dos profissionais encarregados desta função. Iniciar prontamente as manobras de reanimação, antes mesmo da chegada da equipe de suporte avançado melhorando a sobrevida e evitando sequelas pós PCR.

II. Materiais

- Carrinho de urgência;
- Desfibrilador;
- Monitor;
- Ambu completo;
- Laringoscópio;
- Telefone;
- Sistema de aspiração;
- Oxigênio;
- Fluxômetro O2;
- Tábua rígida de massagem.

III. Abrangência

Setores assistenciais.

IV. Descrição dos passos da atividade

IV.I - Verificar:

- Nível de consciência
- Ausência de pulso
- Ausência de movimentos respiratórios

IV.II - Assistência ventilatória ao paciente em PCR:

- Paciente em respiração espontânea ou traqueostomizado;

- Atendimento com um socorrista

- Colocar a vítima em decúbito dorsal horizontal, em uma superfície plana e dura;

- Manter a cabeça e o tórax no mesmo plano;

- Iniciar as compressões torácicas, de no mínimo 100 a 120 compressões por minuto

Atendimento com um ou dois socorristas e auxílio de ambú

- Iniciar compressão/ ventilação na proporção de 30:2;

- Alternar com o colaborador a cada 2 ciclos;

- Paciente intubado ou traqueostomizado

Atendimento de RCP de alta qualidade: equipe completa

- Proceder na frequência de compressão de no mínimo 100 a 120 compressões por minuto.

= As ventilações de resgate, então, poderão ser aplicadas à frequência de cerca de uma ventilação a cada 6 ou 8 segundos (cerca de 8 a 10 ventilações por minuto). Deve-se evitar ventilação excessiva.

ABORDAGEM INICIAL PELA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL

Poderá ser feita por qualquer profissional que identificar os sinais clínicos de uma PCR

1. Determinar o nível de consciência do paciente tocando e chamando o paciente em voz alta;

2. Chamar por ajuda usando o "Código azul" e solicitar carrinho de emergência e desfibrilador;

3. Realizar compressões torácicas conforme orientações acima;

4. Proceder à desobstrução de vias aéreas realizando a hiperextensão da cabeça (manobra de protusão da mandíbula);

Para proporcionar melhor organização durante a PCR o enfermeiro deverá proceder:

1. Determinar as ações de cada membro da equipe, estipulando quem será técnico de enfermagem 1 e 2;

2. Calçar luvas de procedimento;

3. Marcar hora do início da PCR;

4. Ventilar o paciente, observando movimentos respiratórios;

5. Supervisionar as ações dos membros da equipe;

6. Acompanha transporte do paciente até o local de destino;

7. Informar ao enfermeiro das UTI's o encaminhamento do paciente;

8. Registra atendimento no prontuário;

9. Após o término do atendimento, fazer os registros necessários;

10. Repor o material do carrinho após o uso;

11. Conferir o material do carrinho após o uso;

12. Lacrar o carrinho;

13. Anotar número do lacre, datar, assinar e carimbar na folha de controle do lacre.

Técnico de Enfermagem 1:

1. Após detectada a PCR;

2. Calçar luvas de procedimento;

3. Retirar travesseiros;

4. Colocar tábua de massagem no dorso do paciente;

5. Retirar qualquer tipo de prótese dentária;

6. Ligar o ambú com o oxigênio a 10L/min

7. Auxiliar o Enfermeiro na Ventilação e Massagem Cardíaca.

Técnico de Enfermagem 2:

1. Levar carrinho de emergência e desfibrilador;

2. Calçar luvas de procedimento;

3. Certificar da monitorização do paciente;

4. Providenciar acesso venoso calibroso com dupla via e torneirinha (instalar solução fisiológica 0,9% de 500 ml)

5. Providenciar sistema de aspiração;

6. Preparar medicações solicitadas;

7. Ministrar medicações solicitadas, elevando o membro puncionado após a administração da mesma ou bolus de SF 0,9%;

8. Preparar material para intubação;

9. Testar laringoscópio;

10. Testar cuff do TOT;

11. Inserir o fio guia no interior do TOT;

12. Entregar ao médico: Laringoscópio preparado e TOT com fio guia;

13. Aspirar sempre que necessário;

14. Fixar o TOT.

Médico:

1. Atuar de acordo com plano terapêutico;

2. Atende intercorrências de PCR

3. Solicitar materiais, equipamentos conformenecessidade;

4. Após estabilização do paciente solicitar vaga nasUTI's;

5. Acompanhar transporte do paciente até o local de destino (UTI's).

V. Siglas e Definições

N.A

VI.Anexos

Diretrizes de Ressuscitação Cardiopulmonar (RCP) 2015: 10 pontos para lembrar!

Autor: Humberto Graner Moreira

Aqui estão os 10 pontos de destaque das novas Diretrizes de Ressuscitação Cardiopulmonar (RCP) 2010

1. A importância da Cadeia de Sobrevivência para o Atendimento Cardiovascular de Emergência (ACE) proposto pela American Heart Association (AHA) foi reforçada nas novas diretrizes. Além da ênfase na RCP de alta qualidade, a cadeia ganhou mais um elo – Cuidados pós-parada cardiorrespiratória (PCR). O primeiro elo da cadeia continua sendo o reconhecimento imediato da situação de emergência, o que inclui PCR e o acionamento do

Serviço Médico de Emergência (Figura 1). FIGURA 1. Reproduzido de American Heart Association: Destaques das Diretrizes da

American Heart Association 2010 para RCP e ACE. [Versão em Português].

2. As novas diretrizes encorajam RCP somente com compressões torácicas (RCPSCT) para o leigo que testemunha uma parada cardíaca súbita. RCPSCT é mais fácil de ser executada por indivíduos não treinados e pode ser facilmente instruída por telefone pelo atendente do Serviço Médico de Emergência (SME).

3. A avaliação da respiração "Ver, ouvir e sentir" foi removida do algoritmo de SBV. Estes passos demonstraram-se inconsistentes, além de consumir tempo.

4. A seqüência para atendimento recomendada para um socorrista que atua sozinho foi modificada. Agora a recomendação é que ele inicie as compressões torácicas antes da ventilação de resgate. A antiga seqüência A-B-C (vias Aéreas - Boa ventilação - Compressão Torácica) agora é C-A-B. A seqüência A-B-C permanece para o cuidado neonatal, pois quase sempre a causa de PCR nos recém-nascidos é asfixia.

5.Não houve alteração na recomendação referente à relação compressão-ventilação de 30:2 para um único socorrista de adultos, crianças e bebês (excluindo-se recém-nascidos).

6.A ênfase maior das Diretrizes 2015 é a necessidade de uma RCP de alta qualidade, o que inclui:

- Frequência de compressão mínima de 100 a 120 /minuto (em vez de "aproximadamente" 100/minuto, como era antes);

- Profundidade de compressão mínima de 5 cm emadultos;

- Retorno total do tórax após cada compressão;

- Minimização das interrupções nas compressões torácicas;

- Evitar excesso de ventilação.

7.As novas diretrizes minimizam a importância de checar o pulso pelos profissionais de saúde treinados. A detecção do pulso pode ser difícil mesmo para provedores experientes, principalmente quando a pressão arterial está muito baixa. Quando for executada, a checagem do pulso não pode levar mais que 10 segundos.

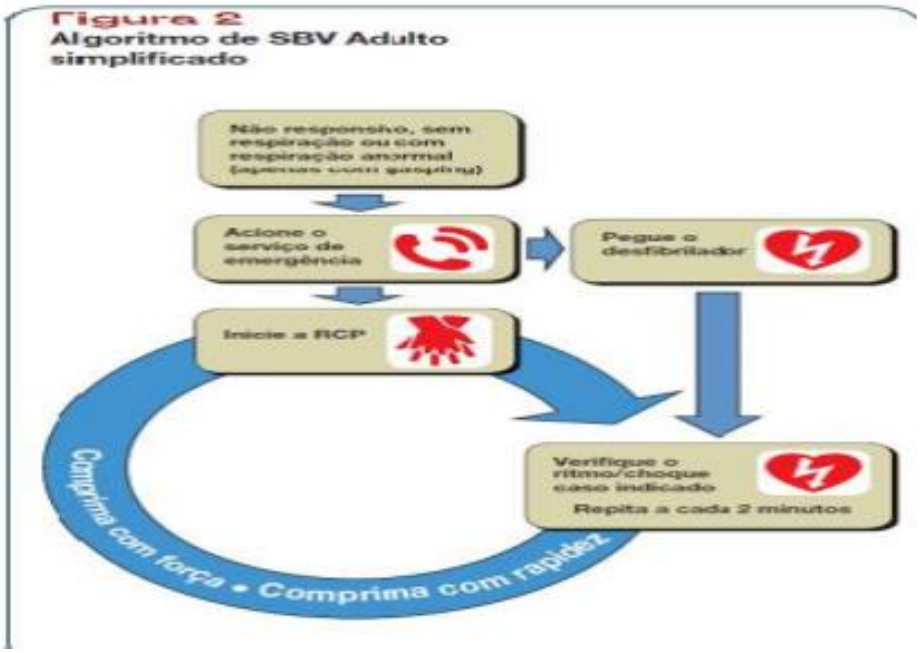
8.As recomendações anteriores de se utilizar o Desfibrilador Externo Automático (DEA) o quanto antes, em caso de PCR extra-hospitalar presenciada, foi reforçada. Quando a PCR não for presenciada, a equipe do SME deve iniciar RCP (se já não estiver sendo realizada pelo

leigo) enquanto o DEA verifica o ritmo. Nestes casos, pode-se considerar 1 a 3 minutos de RCP antes do primeiro choque de desfibrilação

9. Foi estimulada a implementação de programas que estabeleçam DEA acessíveis em locais públicos nos quais exista uma probabilidade relativamente alta de PCR presenciada. A AHA recomenda que esses programas sejam acompanhados de planejamento, treinamento e integração com o SME para melhor eficácia.

10. Os cuidados pós-PCR incluem: otimização da função cardiopulmonar e da perfusão dos órgãos vitais após o retorno da circulação espontânea, transporte para um hospital adequado ou UTI que disponha de recursos para cuidados pós- PCR, incluindo capacidade de intervenção em casos de síndromes coronarianas agudas, controle de temperatura para melhorar prognóstico neurológico, e tratamento e prevenção da disfunção de múltiplos órgãos.

Figura 2. Reproduzido de American Heart Association: Destaques das Diretrizes da American Heart Association 2010 para RCP e ACE. [Versão em Português].



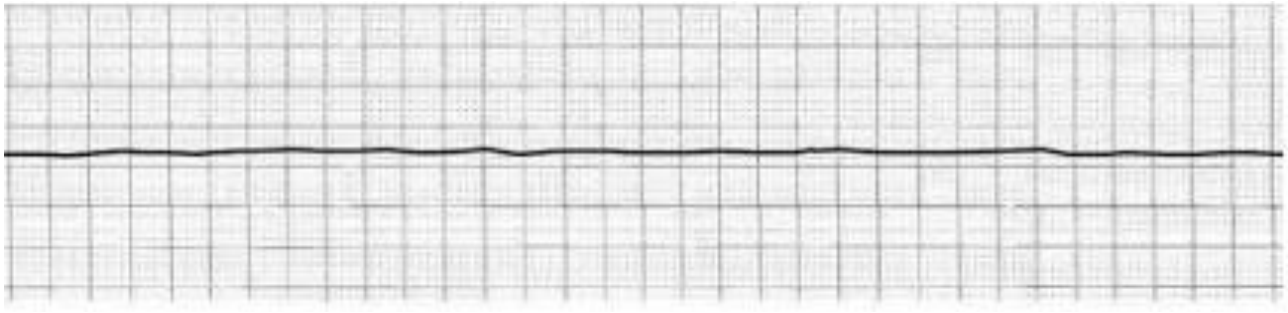
1. CompressõesTorácicas: Devem ser feitas numa velocidade maior que 100 vezes por minuto. Enquanto o paciente não estiver entubado, a relação compressões/ventilações devem ser de 30:2. É necessário deixar que o tórax seja deprimido em 4 a 5 cm e que volte completamente à sua posição de repouso após cada compressão.



2. Modalidades de parada cardíaca

Ritmos não-chocáveis

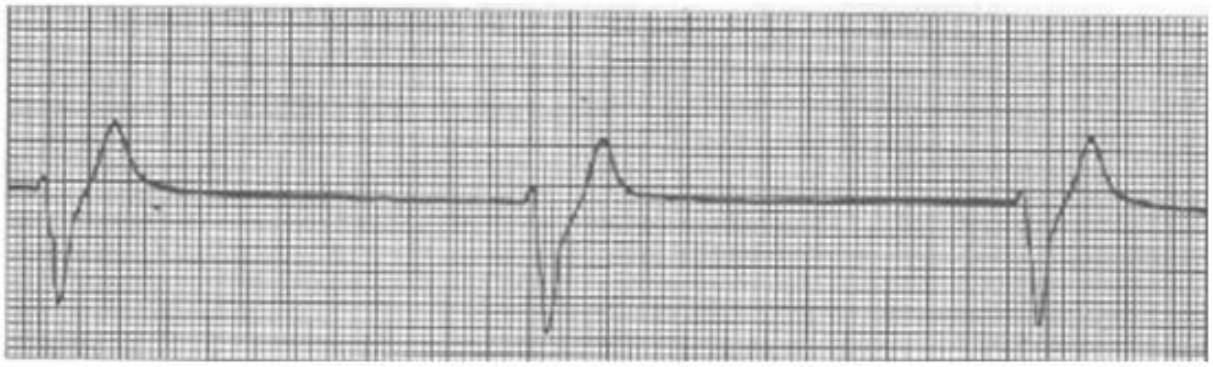
Assistolia - É a cessação de qualquer atividade elétrica ou mecânica dos ventrículos. No eletrocardiograma (ECG) caracteriza-se pela ausência de qualquer atividade elétrica ventricular observada em, pelo menos, duas derivações.



Atividade elétrica sem pulso - É caracterizada pela ausência de pulso detectável na presença de algum tipo de atividade elétrica, com exclusão de taquicardia ou FV. Ao ECG, caracteriza-se pela presença de alguma atividade elétrica organizada que não produz resposta de contração miocárdica eficiente e detectável.

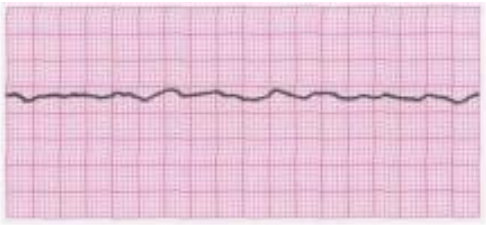


Qualquer ritmo organizado sem pulso detectável é "AESP"



Ritmos chocáveis

Fibrilação ventricular - É a contração incoordenada do miocárdio em conseqüência da atividade caótica de diferentes grupos de fibras miocárdicas, resultando na ineficiência total do coração em manter um rendimento de volume sangüíneo adequado. No ECG, ocorre a ausência de complexos ventriculares individualizados que são substituídos por ondas irregulares em ziguezague, com amplitude e duração variáveis

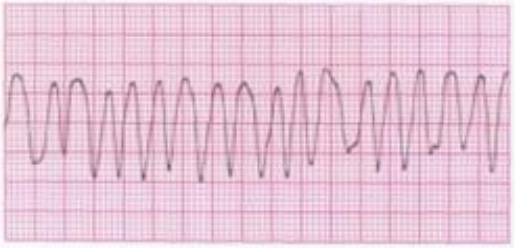


Fibrilação ventricular fina



Fibrilação ventricular grosseira

Taquicardia ventricular sem pulso - É a sucessão rápida de batimentos ectópicos ventriculares que podem levar à acentuada deterioração hemodinâmica, chegando mesmo a ausência de pulso arterial palpável, quando, então, é considerada uma modalidade de parada cardíaca, devendo ser tratada com o mesmo vigor da FV. O ECG caracteriza-se pela repetição de complexos QRS alargados não precedidos de ondas P e, se estas estiverem presentes, não guardam relação com os complexos ventriculares.



Taquicardia ventricular polimórfica



Taquicardia ventricular monomórfica

3 - Desfribilação: Deve ser realizada imediatamente nos casos de Fibrilação e Taquicardia Ventricular sem pulso (FV/TV). A corrente usada deve ser preferencialmente bifásica, mas aceita-se a monofásica na ausência da primeira.

A quantidade de joules é de 150 a 200j para ondas bifásicas e 360j para corrente monofásica.

Após a administração do choque deve-se imediatamenter etornar as compressões torácicas e ventilações, sem verificaro pulso, pormais 2 minutos.

4- Acesso Venoso e monitorização: A monitorização e obtenção do acesso devem ser feita simultaneamente à intubação. Idealmente a monitorização deve ser feita na derivação D2.

5- Administração de Fármacos: Todos os fármacos administrados na via intravenosa devem, obrigatoriamente, serem seguidos de 20 ml de bolus de soro fisiológico e ou elevação do membro por 10 a 20 segundos em casos de punção periférica.

Uso de medicamentos na RCR

Adrenalina (classe I)

Recomendações: na RCR a dose é de 1mg EV em bolus; repetir a cada 3 min. Cada dose usada na circulação periférica deverá ser seguida pela injeção de 20mL de SF para permitir que o medicamento atinja a circulação central. Doses maiores nunca mostraram claro benefício e não são indicadas rotineiramente.

Antiarrítmicos

Devem ser considerados para os casos de FV/TV que não responderam aos choques. Não há, entretanto, evidência clara de melhora da sobrevida (são classificados como Classe IIb ou indeterminada).

Amiodarona

300mg IV em bolus para FV/TV persistente. Uma segunda dose IV de 150mg na FV/TV recorrente. Dose máxima cumulativa de 2.2g em 24 horas Classe Iib.

Lidocaína

1 mg/kg IV em bolus para FV/TV persistente. Repetir, se necessário, após 3 minutos em dose máxima de 3mg/kg. Classe indeterminada

Sulfato de magnésio

1 a 2g IV na torsades de points e na hipomagnesemia
Classe IIb

Bicarbonato de sódio

1 mg/kg IV é indicado nas seguintes situações:
Hiperpotassemia pré-existente (classe I) Acidose pré-existente responsiva a bicarbonato (classe IIa)
Intoxicação por antidepressivos tricíclicos (classe IIa)

6-Critérios para Internação: Após realização de RCP e estabilização dos pacientes os mesmo deverão ser encaminhados ao setor de UTI.

VII. Referências

http://www.hospitalsiriolibanes.org.br/sociedade-beneficente-senhoras/Documents/protocolosinstitucionais/protocolo- pcr.pdf

http://inter.coren-sp.gov.br/sites/default/files/030_2010_atendimento_ao_paciente_em_PCR.pdf

http://www.laerdal.com/br/News/47889010/As-novas-Diretrizes-em-RCP-lancaram

http://www.heart.org/idc/groups/heart-public/@wcm/@ecc/documents/downloadable/ucm_317343.pdf

POP UTI 032- CONTROLE DA DOR

I. Objetivo

A Dor é um sintoma que acompanha, de forma transversal, a generalidade das situações patológicas que requerem cuidados de saúde. O controle eficaz da dor é um dever dos profissionais de saúde, um direito dos doentes que dela padecem e um passo fundamental para a efetiva humanização das Unidades de Saúde.

O sucesso da estratégia terapêutica analgésica planejada depende da monitorização da dor em todas as suas vertentes.

A avaliação e registo da intensidade da dor, pelos profissionais de saúde, tem que ser feita de forma contínua e regular, à semelhança dos sinais vitais, de modo a otimizar a terapêutica, dar segurança à equipe prestadora de cuidados de saúde e melhorar a qualidade de vida do doente.

II. Materiais

- Impresso;

- Caneta;

- Formulário de SSVV (Unidade de Internação);

- Folha de Balanço Hídrico (UTI Adulto).

III. Abrangência

Setores assistenciais.

IV. Descrição dos Passos da Atividade

IV.I – Fundamentação

A dor define-se como uma experiência multidimensional desagradável, que envolve não só o componente sensorial como uma componente emocional da pessoa que a sofre. Por outro lado à dor associa-se, ou é descrita como associada, a uma lesão tecidual concreta ou potencial. Constata-se, assim, que existe uma grande variabilidade na percepção e expressão da dor, face a uma mesma estimulação dolorosa.

A Dor Aguda, a exemplos destas no período pós-operatório, pós-traumática, é, habitualmente, limitada no tempo. Em contrapartida a Dor Crônica, por exemplos: neuropática, oncológica e fibromialgia que são permanentes e de difícil controle, podendo ocasionar sequelas incapacitantes.

No entanto, todos os tipos de dor induzem sofrimento evitável, frequentemente intolerável, refletindo-se negativamente na qualidade de vida dos pacientes. Com a criação do Plano Nacional de Luta Contra a Dor, estão sendo desenvolvidos e criados, por todo o País Unidades de Tratamento de Dor, como recurso diferenciado para a abordagem desta sintomatologia.

Cabe mencionar que a Dor e os efeitos da sua terapêutica devem ser valorizados e sistematicamente diagnosticados, avaliados e registados pelos profissionais de saúde, como norma de boa prática e como rotina, altamente humanizante, na abordagem das pessoas, de todas as idades, que sofram de algum tipo de dor (aguda ou crônica).

Nestes termos, considera-se como normas de boas práticas, no âmbito dos serviços prestadores de cuidados de saúde:

- O registo sistemático da intensidade da dor;

- A utilização para mensuração da intensidade da dor, através da aplicabilidade de uma das escalas validadas internacionalmente: "Escala Visual Analógica" (convertida em escala numérica para efeitos de registo), "Escala Numérica", "Escala;

- A inclusão da dor como o "quinto sinal vital" na folha de Balanço hídrico ou na folha de registo dos sinais e sintomas vitais é obrigatória, seu uso nos serviços prestadores de cuidados de saúde em espaço próprio para registo da intensidade da Dor. A intensidade e o manejo da dor deverão ainda constar nas evoluções e anotações técnicas no sistema ;

- No Setor de UTI Adulto adotamos a Escala Qualitativa" ou "Escala de Faces" e no setor de Unidade de Internação adotamos a Escala de faces e a Escala Numérica;

- A verificação da dor deverá ser feita utilizando a Escala de Dor, padronizada na instituição em todos os clientes hospitalizados e principalmente, os que apresentarem dor aguda de repetição ou dor crônica, sendo essa avaliação necessária antes e após a aplicação do analgésico prescrito ou realização de procedimentos que causem dor;

- No verso do impresso de Sinais Vitais e no formulário do balanço Hídrico a enfermagem deverá registrar os valores referidos após a avaliação da Escala de Dor, obedecendo os horários de avaliação a cada 4/4hs, (

08hs, 2hs, 16hs, 20hs, 24hs 04hs).;

- Se o paciente NÃO queixar DOR apenas colocar "0" e assinar;

- Caso queixa DOR pesquisar o score de dor seguindo a tabela de EVA ou Escala Numérica conforme avaliação do estado de consciência/cognição do paciente do formulário em anexo;

- A mensuração deverá ser feita através dos escores que vão de 1 a 10. Escore de 1 à 2 é considerado DOR LEVE, Escore de 3 à 7 considerado DOR MODERADA e Escore de 8 à 10 é considerado DOR INTENSA;

- Caso não tenha prescrição de medicamento conforme a dor mensurada, comunicar ao médico responsável;

- Na Unidade de Internação a anotação do valor da dor referida deverá ser registrada na Folha de Sinais Vitais, no campo denominado "Escala para avaliação da dor em (Valor/Reav.)", com os valores numéricos referentes à intensidade;

- Na UTI Adulto a anotação do valor da dor referida deverá ser registrada na Folha de Balanço Hídrico no item AVALIAÇÃO DA DOR;

- Quando se fizer necessária intervenção medicamentosa para o controle da dor, esta deverá ser mensurada novamente após uma hora e proceder anotação na Folha de Sinais Vitais/ Formulário de Balanço Hídrico, no campo denominado "Conduta". Em caso de queixa excessiva do paciente, este tempo poderá ser reduzido de acordo com avaliação;

- A anotação na Folha de Sinais Vitais e no Formulário de Balanço Hídrico NÃO substitui a anotação de Enfermagem no sistema , que deverá conter os dados de início da dor, localização, intensidade, periodicidade dos episódios dolorosos e fatores de melhora ou piora, descrição da intervenção realizada e reavaliação;

- As medidas não-farmacológicas a serem utilizadas no controle da dor compreendem cuidados de enfermagem como: massagem e estimulação cutânea, terapias com gelo e calor, distração e relaxamento. Seu uso deverá ser concomitante com medidas farmacológicas, a fim de garantir sua eficácia e promover conforto ao cliente;

- A equipe de enfermagem deve-se atentar antes de realizar procedimentos que causem dor nos clientes, principalmente curativos, banho ou movimentação, se necessário a administração de analgesia prescrita pelo médico, com pelo menos 30 minutos de antecedência;

- Em caso de persistência da dor, deve-se adequar a intervenção ou solicitar avaliação médica;

- A analgesia administrada através de cateter peridural deverá ser realizada por médico anestesiologista;

- Notificar as não conformidades relacionadas a demora na entrega de medicamentos analgésicos pelo Serviço da Farmácia, que possa dificultar o processo de recuperação da dor do paciente.

IV.II – Regras de aplicação das escalas de avaliação da dor

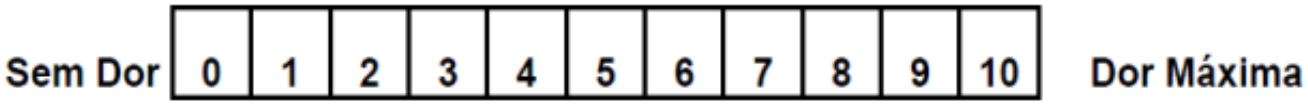
a) A avaliação da intensidade da dor pode efetuar-se com recurso a qualquer das escalas propostas;

b) A intensidade da dor é sempre a referida pelo doente;

c) À semelhança dos sinais vitais, a intensidade da dor registada refere-se ao momento da sua coleta.

As escalas propostas aplicam-se a pacientes conscientes e colaborativos, com idade ≥5 anos. A escala utilizada, em um determinado paciente, deve ser sempre a mesma. Para uma correta avaliação da intensidade da dor é necessária a utilização de uma linguagem comum entre o profissional de saúde e o paciente, que se traduz por uma padronização da escala a utilizar e pelo ensino prévio à sua utilização. É fundamental que o profissional de saúde assegure que o paciente compreenda corretamente, o significado e utilização da escala utilizada.

IV.II.I - Escala Numérica



A Escala Numérica consiste numa régua dividida em onze partes iguais, numeradas sucessivamente de 0 a 10. Esta régua pode apresentar-se ao paciente na horizontal ou na vertical. Pretende-se que o doente faça a equivalência entre a intensidade da sua dor e uma classificação numérica, sendo que a 0 corresponde a classificação "Sem dor" e a 10 a classificação "dor Máxima" (dor de intensidade máxima imaginável). A classificação numérica indicada pelo doente será assinalada na folha de registo.

IV.II.II - Escala Qualitativa – Escala Visual Analógica de EVA

Consiste em auxiliar na aferição da intensidade da dor no paciente, é um instrumento importante para verificarmos a evolução do paciente durante o tratamento e mesmo a cada atendimento, de maneira mais fidedigna.

Na Escala Qualitativa solicita-se ao doente que classifique a intensidade da sua dor de acordo com os seguintes adjetivos: "Sem Dor", "Dor Leve", "Dor Moderada", "Dor Intensa".

IV.II.III - Escala de faces

Na Escala de Faces é solicitado ao paciente que classifique a intensidade da "Dor" de acordo com a mímica representada em cada face desenhada, sendo que à expressão de felicidade

corresponde à classificação "Sem Dor" e à expressão de máxima tristeza corresponde a classificação "Dor Máxima". Regista-se o número equivalente à face selecionada pelo paciente.

IV.II.IV – Pacientes sedados

A avaliação e tratamento da dor são mais complexos em pacientes inconscientes ou sedados. Nesses casos deve-se suspeitar da presença de dor se o doente apresentar sinais de desconforto como contorcer-se, fizer careta ou apresentar sinais de ativação simpática, tais como taquicardia, hipertensão, taquipneia, sudorese e piloereção.

Em pacientes sedados ou em ventilação mecânica a medicação usada para Dor:

O BPS, de fácil aplicação, é usado para avaliar a dor de paciente sedado ou em ventilação. Se o escore for > 6, é considerado inaceitável, ou seja, paciente apresentando dor. A medicação que será administrada em caso de DOR nos pacientes sedados ou em ventilação mecânica será Morfina 0,2mg/ml ou Morfina 1ml/ml ou Fentanil 2ml/50mcg/ml. Solicitar ao médico de plantão a prescrição da medicação.

Quadro I – A Behavioral Pain Scale Analisa:

Expressão facial
- Relaxada: 1
- Parcialmente tensa: 2
- Totalmente tensa: 3
- Fazendo careta: 4

Movimentos dos membros superiores
- Relaxado: 1
- Parcialmente flexionado: 2
- Totalmente flexionado: 3
- Totalmente contraído: 4

Ventilação mecânica
- Tolerando movimentos: 1
- Tossindo, mas tolerando durante a maior parte do tempo: 2
- Lutando contra ventilador: 3
- Impossibilidade de controle do ventilador: 4

IV.III – Medicações que serão usadas de acordo com a Escala Visual Analógica de EVA:

Escore 0 – SEM DOR	Escore de 1 à 2 – DOR LEVE	Escore de 3 à 7 – DOR MODERADA	Escore de 8 à 10 – DOR INTENSA
Não realiza medicação	Dipirona 2ml/1 g EV ou Paracetamol 750 mg VO	Dipirona 5ml/2,5 g EV (1ª opção) Tramadol 2ml/100mg	Morfina 0,2mg/ml ou Morfina 1ml/ml Fentanil 2ml/50mcg/ml
OBS: Solicitar ao médico plantonista a prescrição da medicação			

IV.IV – Medicações que serão usadas de acordo com a Escala BPS (pacientes sedados/ em VM):

Morfina 0,2mg/ml ou Morfina 1ml/ml ou Fentanil 2ml/50mcg/ml

V. Siglas e Definições

POP UTI 033 - AUXÍLIO NO IMPLANTE DE MARCAPASSO TRANSVENOSO E TRANSCUTÂNEO

I. Objetivos

O equipamento de marcapasso cardíaco é um dispositivo eletrônico utilizado para iniciar o batimento, quando o sistema intrínseco do coração é incapaz de gerar uma freqüência cardíaca adequada à manutenção do débito cardíaco. Ele emite um estímulo elétrico ao coração determinando sua despolarização e a consequente contração do miocárdio. O marcapasso artificial é um aparelho que substitui o marcapasso natural, quando este apresenta defeito. De um modo geral, o marcapasso é um aparelho eletrônico composto de duas partes: 1. Caixa do marcapasso (gerador) que produz estímulos elétricos e 2. Fio de comunicação (cabo-eletrodo), que leva estes estímulos ao coração para garantir os batimentos cardíacos. Existem diversos tipos de marcapasso. Alguns utilizam um único cabo-eletrodo e produzem sempre o mesmo número de batimentos cardíacos (frequência fixa); outros podem proporcionar variação dos batimentos cardíacos conforme as necessidades. Para isso, às vezes, são necessários dois cabos-eletrodos. Existem vários tipos de marcapasso, dentre eles os mais utilizados em terapia.

Pode-se obter estímulação temporária através das vias cutânea-torácia, esofágica, epicárdica ou percutânea endocárdica. Porém será abordado apenas a via mais comum, essa última via.

A estimulação percutânea endocárdica é realizada através de cabo eletrodo bipolar colocado em contato com o endocárdio, geralmente do ventrículo direito, através de punção venosa. Os acessos mais frequentemente utilizadas são a veia subclávia esquerda, veia jugular interna direita ou esquerda.

Preconizamos a punção venosa com agulha, passagem de fio guia, dilatação e colocação de um introdutor de hemodinâmica 5F ou 6F para passagem do cabo eletrodo. Dessa maneira, esse procedimento minimiza as chances de lesões vasculares, pneumo ou hemotórax e facilita a manipulação e o correto posicionamento do cabo eletrodo dentro do coração. O cabo eletrodo pode ser corretamente posicionado com auxílio de um monitor cardíaco. Primeiramente é importante se obter um eletrocardiograma com 12 derivações do paciente. Uma vez realizada a punção venosa e colocado o Introdutor, o conector correspondente ao pólo distal do cabo eletrodo (o negativo ou catodo, geralmente) é ligado com auxílio de um cabo jacaré-jacaré ao pólo explorador do gerador externo.

Este gerador dever ser sixado preferencialmente próximo ao local de punção, e deverá se tomar muito cuidado com a manipulação do paciente.

- Programação e cuidados com o gerador externo:

Com a utilização de um cabo eletrodo bipolar deve-se conectar o pólo distal (geralmente marcado com o sinal negativo ou especificado como distal) ao pólo negativo do gerador enquanto que o anel proximal é ligado ao pólo positivo. A seguir deve-se proceder aos testes dos limiares de sensibilidade, comando e ajuste de freqüência do marcapasso externo. Normalmente os geradores externos possuem botões tipo dial com essa finalidade.

Limiar de sensibilidade - indica a menor amplitude de um evento elétrico cardíaco que o marcapasso consegue "enxergar". A sensibilidade pode ser encarada como um muro: ela aumenta com o inverso da amplitude (em milivolts). Ou seja, valores pequenos de amplitude de sensibilidade fazem com que o marcapassso "enxergue mais" (o muro é baixo), ou seja, a sensibilidade é alta. Inversamente, altas amplitudes de sensibilidade "levantam o muro" e o marcapasso "enxerga pouco" (a sensibilidade é baixa). O teste de sensibilidade se faz colocando o gerador externo na sua menor frequência de estimulação e diminuindo progressivamente a sensibilidade (i.e. aumenta a amplitude) até que o aparelho "não veja mais" as despolarizações intrínsecas do paciente e passe a estimular de maneira competitiva. Recomenda-se um valor de sensibilidade igual ao dobro do encontrado (ou metade do valor numérico). Logicamente a determinação do limiar de sensibilidade só pode ser realizada se o paciente apresentar um ritmo de escape com frequência superior a frequência mínima alcançada pelo gerador externo. Limar de comando - é a menor quantidade de energia capaz de despolarizar o miocárdio de um determinado paciente. Normalmente, nos geradores externos a largura de pulso é fixa e o limiar de comando acaba sendo sinônimo da amplitude mínima (em Volts) da espícula do marcapasso capaz de promover a despolarização do miocárdio. Esse valor é obtido estimulando-se o coração com uma frequência acima da de escape e diminuindo-se progressivamente a amplitude da espícula do marcapasso até que se observe perda de comando. Recomenda-se uma amplitude 2 a 3 vezes esse valor para assegurar uma margem de segurança adequada. Altos limiares de sensibilidade e/ou comando podem ser resultado da impactação do cabo eletrodo em um local inapropriado muitas vezes sendo necessário se tentar outro local.

II. Materiais

MATERIAL	UNIDADE
Luva cirúrgica estéril 7,5	01
Gaze VI (compressa 7,5x7,5 estéril)	04
Seriga descartável sem agulha 20ml	01
Agulha descartável 40x12	01
Agulha descartável 25x07	01
Agulha descartável 13x4,5	01
Lidocaína 2% s/ vaso 20ml	01
Fio seda 2,0 sem agulha	01
Introdutor de 5F ou 6F	01
Fio Guia	01

Dilatador com agulha de punção	01
Jacaré	01
Cabo eletrodo temporário	01
Máscara descartável	01
Gorro descartável	01

- Marcapasso Transcutâneo

- Equipamento

1 . Eletrodos de marcapasso externos.

2. Eletrodos sensores externos (podem ser os mesmos usados como eletrodos demarcapasso).

3. Marcapasso externo.

- Monitorização Necessária

Deve se utilizar a monitorização do desfibrilador, com a colocação dos eletrodos para monitorização com o cabo de ECG e oximetria se necessário.

III. Abrangência

Setores assistenciais

IV. Descrição dos passos da atividade

- Orientar sempre orientar o paciente sobre o procedimento a ser realizado.

- Conecte os eletrodos (pás adesivas) do marcapasso ao cabo e ao aparelho (desfibrilador).

- Realize se necessário a tricotomia do tórax para que as pás fiquem bem aderidas.

- Limpe a região da pele com álcool 70% ou água e sabão para retirar a camada de gordura da pele, se necessário, utilize gel condutor.

- Coloque uma pá posicionadas no tórax do paciente (lado superior direito) e a outra pá no tórax inferior esquerdo.

- Ligue o desfibrilador, selecionando a frequência de demanda e a corrente indicadas pelo médico.

- Utilize analgésicos ou sedação se necessário quando prescrito, pois é um procedimento incômodo para o paciente por produzir estímulos elétricos e sensação de choque.

- Mantenha o paciente constantemente monitorado (FC, FR, Oximetria).

- Fique atento para sinais de baixo débito cardíaco, queda na perfusão periférica, palidez cutânea, sudorese.

- Mantenha o paciente com o marcapasso transcutâneo até sua estabilização e o implante de um marcapasso transvenoso ou definitivo.

- Irritação da pele. Sob os eletrodos de marcapasso, a irritação da pele não representa normalmente um problema, especialmente quando o marcapasso é efetuado por um curto período de tempo.

Contudo, marcapasso transcutâneo prolongado pode levar à irritação e destruição da pele. Observar.

- Após utilização das pás do marcapasso, colar as mesmas em um saco plástico rígido e entregar para os enfermeiros.

- Antes de se iniciar a passagem, cheque se a bateria do equipamento está funcionando adequadamente e certifique-se de que hajam pilhas reservas.

- Oriente o paciente sobre o o procedimento.

- Mantenha o paciente em monitorização constante.

- Auxilie o médico no ato da passagem do marcapasso transvenoso.

- Durante o implante, fique atento a possíveis arritmias.

- Adapte o cabo do marcapasso aos terminais do eletrodo no gerador de pulso, respeitando os pólos positivo e negativo (geralmente por cores Vermelho é positivo e Preto é negativo).

- Realize o curativo da inserção conforme protocolo sistêmico.

- Registre em prontuário os parâmetros selecionados pelo médico (freqüência cardíaca, amplitude de pulso).

- Caso necessite desfibrilação, o gerador deve ser desligado.

- Fixe o fio marcapasso + jacaré com micropore por toda sua extensão, para evitar que se desloque.

- Fixe o gerador de preferência no tórax ou MMSS do paciente para evitar que o eletrodo se desloque.

V. Siglas e Definições

- Marcapasso Transvenoso

Composto por uma bateria externa, o coração é estimulado por meio de impulsos elétricos gerados por um cabo- eletrodo, colocado geralmente dentro do ventrículo direito, onde é inserido por um acesso venoso central (subclávia ou jugular). É um dos tipos mais confiáveis de marcapasso temporário. Contudo, este requer um procedimento invasivo e tempo para a inserção de um marcapasso transvenoso de funcionamento apropriado.

- Marcapasso Transcutâneo

Também chamados de marcapasso transtorácico, compõe-se de duas pás de eletrodos descartáveis e adesivas que são fixadas no tórax e dorso do paciente e conectadas a um aparelho de desfibrilador ajustado no modo demarcapasso.

Muito utilizado nas emergências que envolvem as bradiarritmias e bloqueios atrioventriculares com repercussão hemodinâmica que não respondem adequadamente as drogas.

O marcapasso transcutâneo pode ser executado mais rapidamente do que o intravenoso. Ele é, deste modo, apropriado como terapia inicial em pacientes necessitando de marcapasso de emergência. Ele também pode ser usado como uma alternativa em situações onde as chances de necessidade de marcapasso são pequenas e os benefícios do marcapasso transvenoso não elevam os riscos. As maiores desvantagens do marcapasso transcutâneo são:

- Ele não é tão confiável quanto o marcapasso transvenoso.

- Ele é usualmente desconfortável para o paciente porque a corrente necessária para obter marcapasso ideal é geralmente alta.

Contra-Indicações: Nenhuma.

É um equipamento totalmente implantado, onde a bateria se localiza no subcutâneo e os fios bicamerais são posicionados no átrio e no ventrículo. Necessita ser colocado através de procedimento cirúrgico.

VI. Anexos

VII. Referências

https://www.incor.usp.br/marcapasso/orientacao_mp.html#5

http://enfermagemcardiologia.webnode.com.pt/cuidados-de-enfermagem-em-cardiologia/pacientes-emuso-de-marcapasso/

http://www.bibliomed.com.br/bibliomed/bmbooks/terapia/livro3/cap/cap26.htm

http://educacao.cardiol.br/manualc/PDF/ta_marcapasso_cardiaco.pdf

POP CME 001 – PROCEDIMENTO PARA ENTREGA DE MATERIAIS INFECTADOS NA CME

I. Objetivos

Definir o procedimento para entrega de materiais infectados ao CME.

II. Materiais

Saco plástico preto, caixa branca identificada, materiais de fisioterapia respiratória (respiron, shacker, traquéias, máscaras etc), livro de protocolo de materiais da fisioterapia para CME.

III. Descrição dos passos da atividadeAmbulatório de Fisioterapia

☐ Todos os materiais infectados utilizados pelo Serviço de Fisioterapia do ambulatório devem ser colocados no saco plástico (disponível na recepção de fisioterapia, última gaveta do móvel 01 ou dentro do recipiente já preestabelecido e identificado que se encontra no almoxarifado do Ambulatório de Fisioterapia).

☐ Os materiais utilizados por fisioterapeutas do Ambulatório de Fisioterapia devem ser protocolados detalhadamente no caderno que se encontra no almoxarifado do Ambulatório de Fisioterapia.

☐ A entrega dos materiais ao CME, utilizados no ambulatório de fisioterapia deve ser feita pelo fisioterapeuta responsável que utilizou o material logo após o uso e o mesmo deverá buscar no início do plantão seguinte eguardá-los no seu local de armazenamento.

UTI Adulto

☐ Todos os materiais infectados utilizados pelo Serviço de Fisioterapia das UTI's,devem ser colocados pelo fisioterapeuta que o utilizou, dentro do recipiente já preestabelecido e identificado que encontra-se nos expurgos das UTI's,

☐ Os materiais que serão utilizados durante os atendimentos por longos períodos (no mesmo paciente) devem ser colocados dentro de saco plástico transparente disponível nas unidades, identificado com nome do paciente e leito e posteriormente guardado dentro do recipiente identificado (“Materiais em Uso”) alocado noarmário de materiais da fisioterapia das UTIs.

☐ O coordenador das UTI's será o responsável por conferir, registrar (Livro de protocolos de materiais enviados ao CME) e levar os materiais para o CME, assim como buscá-los e guardá-los nos seus respectivos lugares.

Unidades de Internação

☐ Todos os materiais infectados utilizados pelo Serviço de Fisioterapia das Unidades de Internação devem ser encaminhados ao CME logo após o uso pelo fisioterapeuta que o utilizou e buscar no início do plantão seguinte, guardando-os no seu local de armazenamento. O mesmo é responsável por conferir e registrar no Livro de protocolos de materiais enviados ao CME, detalhadamente todos os materiais enviados e recolhidos.

☐ Os materiais que serão utilizados durante os atendimentos por longos períodos (no mesmo paciente) devem ser colocados dentro de saco plástico transparente disponível nas unidades, identificado com nome do paciente e leito e posteriormente guardado dentro do recipiente identificado ("Materiais em Uso") alocado no armário de materiais da fisioterapia das Unidades de Internação.

OBS 1: Sempre ao buscar o material no CME, deve-se conferir detalhadamente com o caderno de protocolo de materiais pra CME e retirar apenas o que foi entregue. Nunca retirar materiais que foram entregues por outro profissional.

OBS 2: O manuseio de todos os materiais infectados deve ser feito com cuidado e luva de procedimentos.

IV. Siglas e Definições

CME- Centro de Materiais para Esterelização
UTI- Unidade de Terapia Intensiva

V. Anexos

N. A

VI. Referências

Matriz de Risco.

POP CME 002 – RECEBIMENTO DE MATERIAIS MÉDICO-ODONTO HOSPITALARES

I. Objetivos

Padronizar o recebimento dos materiais contaminados , conferindo os mesmos, para iniciar o processo delimpeza adequado às especificidades dos materiais.

II. Materiais

Máscara, gorro, luvas de procedimento, óculos de proteção, avental impermeável, calçado fechado, livros de registro e/ou, formulário de devolução de material (devolução impressa), caneta esferográfica.

III. Descrição dos passos da atividade

EXPURGO (Material Sujo):

☐ O técnico de enfermagem deverá paramentar-se com EPI's necessários: gorro, máscara, óculos de proteção e luvas de procedimento e avental impermeável;
☐ Receber materiais dos demais setores assistenciais da instituíção, conforme acordos de entrega pré estabelecidos, conferir se os mesmos estão sendo transportados em recipientes adequados: container com tampas e identificados como transporte de material contaminado;
☐ Conferir com o impresso de devolução o código (02.019), a quantidade do material à ser devolvido e a integridade dos mesmos. Os materiais que vem instituição são listados em planilhas e acondicionados na pasta específica, da Clínica de Odontologia e dos médicos são registrados no livro de recebimento conferindo os itens supracitados.
☐ Todos materiais ortopédicos deverão ser recebidos no expurgo, conferidos com o instrumentador e ou representante da empresa contratada, onde será realizada uma limpeza e após secagem encaminhamento para área limpa para realização do pacote e esterilização;
☐ Materiais do centro cirurgico deverão ser conferidos no expurgo do CC pelo técnico de enfermagem da CME, onde será verificado junto ao check-list das bandejas e caixas cirúrgicas contendo a quantidade e as peças das mesmas, que deverá ser conferido e assinado pelo enfermeiro do CC, (separar se estiver faltando , solicitar a presença do circulante responsavel pela utilização do material para rever a sala de operação, caso perda ou falta do material comunicar ao Enfermeiro Responsável do CC e da CME); Todo material em desacordo com o Check –list ou que não seja material reprocessado na CME deverá ser comunicado de imediato ao enfermeiro do CC. Material que não é reprocessado na CME não deverá ser encaminhado

para o setor.

☐ Manipular com cuidado os materiais evitando quedas, acondicionar no carrinho de transporte de material contaminado para ser posteriormente levado à CME para reprocessamento. O carrinho de transporte de material contaminado deve estar identificado, deve ser colocado um campo limpo à cada transporte. A desinfecção é realizada aos sábados pelo colaborador da higiene e limpeza.

☐ O carrinho de transporte de material contaminado da área de COVID deve estar identificado, deve ser colocado um campo limpo à cada transporte e irá fazer o transporte do material de forma exclusiva mantendo sempre a tampa fechada, não excedendo o volume do container. A desinfecção é realizada diariamente pelo colaborador da higiene e limpeza após a retirada do material do mesmo.

☐ Separar materiais danificados, acondicioná-los no recipiente próprio e comunicar ao enfermeiro responsável; o enfermeiro deverá transcrever o quantitativo dos materiais em planilha própria de manutenção e descarte que será posteriormente encaminhado para a manutenção onde será avaliado a necessidade do conserto e /ou orientação para o descarte; conforme solicitação de serviço via sistema: SUPORTE.

☐ Proceder limpeza prévia do material umidificando-o com água corrente , retirando o excesso de matéria orgânica com auxílio de pistola de água morna;

☐ No recebimento dos materiais termossensiveis, os materiais deverão ser submetidos ao processo de limpeza e rigorosa secagem, e posteriormente acondicionados em invólucros específicos e identificado com etiqueta própria com nome do material, colaborador que preparou e data de validade para posterior reprocessamento. Não serão enviados materiais particulares sem anuência do enfermeiro responsável .

ÁREA LIMPA (Materiais limpos):

Obs: Os materiais recebidos na área limpa compreendem materiais já preparados para serem reprocessados pela CME, tais como: materiais da lavanderia (pacotes de roupas cirúrgicas); os pacotes dalavanderia que são entregues no setor em horários e quantidades acordadas em CCF;

Clínica de odontologia: receber os materiais conferir integridade dos pacotes identificação e protocolar recebimento. Obs: Todo material solicitado à instituição e ou empresa que não compreende em nosso arsenal e será necessàrio para a realização das cirurgias, deverão ser entregues na área limpa já reprocessados onde será submetido a conferência e novo processo de esterilização a fim de podermos rastrear o processo, quando o mesmo deverá ser encaminhado para expurgo, procedendo todas fases do processo de limpeza,conferencia

,inspeção , montagem e esterilização.

IV. Siglas e Definições

EPI: Equipamento de proteção individual

ME: Central de Material e Esterilização
CC: Centro Cirúrgico

V. Anexos

NA.

VI. Referências

Práticas recomendadas -SOBECC-4ªedição-2007;
APECIH-Limpeza,desinfecção e Esterilização de Artigos em Serviço de Saúde. 1ª Edição-2010.
RESOLUÇÃO - RDC No- 15, DE 15 DE MARÇO DE 2012 , Dispõe sobre requisitos de boas práticaspara o processamento de produtos para saúde e dá outrasprovidências.
MGR CME 001

POP CME 003 – LIMPEZA DE ARTIGOS MÉDICO-ODONTO HOSPITALARES

I. Objetivos

Realizar a limpeza adequada removendo a sujidade visível, reduzindo a carga microbiana natural, retirando contaminantes orgânicos e inorgânicos dos artigos; manter segurança e qualidade no reprocessamento dos materiais médico-odonto hospitalares.

II. Materiais

EPI: Roupa privativa da CME, máscara, gorro, luvas de procedimento, óculos de proteção, luvas de cano longo, calçados fechados e avental impermeável.
INSUMOS: detergente neutro, detergente enzimático, escovas e esponjas de preferência vegetal e não abrasiva.

III. Descrição dos passos da atividade

✓ Colocar paramentação adequada para iniciar o processo de limpeza.

✓ Higienizar as mãos antes e após cada atividade.

✓ A limpeza dos materiais é realizada no Expurgo da CME, consistindo em pré limpeza manual com auxilio de detergente neutro e escovas/esponjas apropriadas e limpeza mecânica com auxílio delavadora ultrassônica e detergente enzimático.
✓ Antes do processo de limpeza, os materiais devem ser desmontados em todas as partes possíveis.

✓ Os materias termossensíveis deverão passar pelo processo de limpeza e depois transferidos parasala de Termodesinfecção, onde se dará continuidade ao processo;
✓ Manipular todos os artigos com cuidado evitando quedas e batidas, observar e limpar com atençãoas ranhuras, cremalheiras e articulações dos instrumentais;
✓ Separar os materiais maiores para limpeza manual manipulando com cuidado evitando quedas;

✓ Friccionar os artigos sob água para evitar dispersão de aerossóis.

✓ Efetuar limpeza manual: promover remoção da sujidade por meio da ação física com auxílio de detergente neutro, água, escova e/ou esponjas (de preferência vegetal não abrasiva). Os artigos devem ser limpos individualmente, e itens longos e com lumens inspecionados com atenção.

✓ Após a limpeza enxaguar os materiais abundantemente, para retirada de toda matéria orgânica e o detergente neutro utilizado.

✓ Atentar que as escovas utilizadas na limpeza devem ser limpas e mantidas secas.

✓ Instrumentos cortantes quando imersos em soluções de limpeza devem ser removidos com auxílio de uma pinça e não com as mãos, para evitar acidentes.

✓ Após a limpeza manual encaminhar os artigos para a lavadora ultrassônica.

✓ A lavadora ultrassônica utilizada na instituição tem capacidade de 42 litros de água. Utilizar detergente enzimático, atentando para diluição correta.



✓ Para diluição e tempo de imersão corretos consultar a FISPQ do produto e a enfermeira responsável pelo setor.

✓ A solução deve ser trocada de acordo com orientação do fabricante e/ou sempre que estiver saturada.

✓ Abrir as pinças, desmontar afastadores, canulados, acondicionar em cesto de inox da lavadora ultrassônica, colocando por baixo os mais pesados e os mais leves e delicados por cima;

✓ Ligar a lavadora ultrassônica programando o ciclo de acordo com materiais a serem reprocessados (Ciclo de Instrumentais ou ciclo de Canulados);

✓ Os materiais utilizados em cirurgia videolaparoscópicas e ou canulados são reprocessados na ultrassônica no Ciclo de Canulados, lembrando de colocar os adaptadores de encaixes;

✓ Mergulhar o cesto no reservatório da lavadora ultrassônica e ligar após fechamento da câmara;

✓ Após o término da limpeza mecânica realizado pela lavadora ultrassônica, retirar o cesto da lavadora e colocar dentro do tanque de enxágue;

✓ Enxaguar as peças abundantemente até remover todo o detergente enzimático;

✓ Dispor os materiais no balcão sob pano limpo, para posterior secagem e conferência;

✓ Verificar presença de matéria orgânica nos artigos e repetir o processo de limpeza senecessário;

✓ Retirar os EPI's deixando-os limpos e em local apropriado.

Obs.: O técnico de enfermagem ao verificar que a limpeza dos materiais não está sendo eficaz comumicar imediatamente ao enfermeiro para avaliação e tomada de providência.

✓ Fica estabelecido que a validação das escovas será de três meses em uso. Antes do descarte, será registrado em planilha a data do descarte e motivo. Todas as embalagens de insumos abertas (detergente neutro e detergente enzimático) devem ser identificadas com rótulo próprio contendo a data de abertura, data de validade e assinatura do profissional que abriu.

IV. Siglas e Definições

EPI: Equipamento de proteção individual
CME: Central de Material e Esterilização

V. Anexos

Planilha de descarte de escovas

VI. Referências

Práticas recomendadas – SOBECC- 4ª edição-2007 APECIH- 9ª edição RESOLUÇÃO - RDC No- 15, DE 15 DE MARÇO DE 2012 , Dispõe sobre requisitos de boas práticas para o processamento de produtos para saúde e dá outras providências. MGR CME 001.

POP CME 004 – SECAGEM CONFERENCIA E MONTAGEM DOS PACOTES CIRÚRGICOS

I. Objetivos

Realizar a secagem dos artigos inspecionando a limpeza e funcionalidade dos mesmos, montagem das bandejas adequadamente, padronizar a realização dos invólucros.

II. Materiais

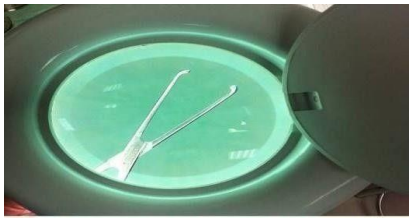
Gorro, máscara, óculos de proteção e luvas de procedimento, lupa e compressas, invólucros, etiquetas de identificação, integradores, canetas esferograficas, planilhas de carregamento das autoclaves.

III. Descrição dos passos da atividade

✓ O técnico de enfermagem deverá se paramentar com EPI's para iniciar o processo de secagem dos materiais, utilizando compressas e ar comprimido para canulados;

✓ Inspecionar cada material/ instrumental, verificando se há presença de sujidade e ou matéria orgânica através de visualização com lupa*;





✓ Retornar ao expurgo os materiais com sujidade para repetir todo processo de limpeza;

✓ Dispor os instrumentais no balcão por categoria, facilitando a posterior montagem das bandejase caixas;



✓ Montar as bandejas e caixas, forrando com SMS, as pinças devem ser armadas na 2ª cremalheira, materiais pesados no fundo e leves por cima;





✓ Conferir os materiais novamente, procedendo a montagem das bandejas e caixas de instrumentais seguindo o catálogo e check list;

✓ Retirar luvas e lavar as mãos;

✓ Empacotar os materiais no invólucro proposto: SMS para materiais de densidade** e, Grau cirúrgico para materiais de superfície***;



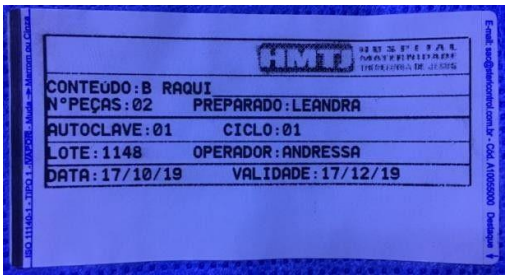
✓ Identificar os invólucros com etiqueta própria confeccionada a partir do programa Zebra Designer®, disponível no computador da CME, anotando: Nome da bandeja ou caixa, nº de peças. quem preparou, quem esterilizou, lote, datas de esterilização/validade;

✓ Caso a bandeja esteja incompleta, realizar a reposição da peça que será marcada com identificação característica da bandeja. Na impossibilidade da reposição desta peça, identificar no check list a ausência da mesma. Avisar o enfermeiro supervisor para avaliação e conduta.

✓ Anexar sobre a caixa, bandeja ou pacote de grau cirúrgico a etiqueta de rastreabilidade com lotes e validades de acordo com a programação de esterilização;

✓ Nas caixas e bandejas anexar check list de conferência dos materiais que consta em seu interior, anotando a falta de alguma peça, e a quantidade real de peças da bandeja.





Acondicionar os pacotes em local adequado para posterior esterilização e lavar as mãos.

IV. Siglas e Definições

EPI: Equipamento de proteção individual

SMS: Spun bonded/melt blown/spun bonded- não tecido

***Lupa:** Lente intensificadora de imagem com ampliação de oito vezes.

****Materiais de densidade:** materiais pesados (caixas, bandejas e roupas barreira de penetração do vapor esterilizante;

*****Materiais de superfície:** materiais leves (pinças avulsas, pacotes e materiais leves e termosenssiveis), materiais menor barreira de penetração do vapor esterilizante;

V. Anexos

NA

VI. Referências

Práticas recomendadas -SOBECC- 4ªedição-2007 APECIH- 9ª edição.

RESOLUÇÃO - RDC No- 15, DE 15 DE MARÇO DE 2012 , Dispõe sobre requisitos de boas práticas para o processamento de produtos para saúde e dá outras providências.

MGR CME 001.

POP CME 005 – INSPEÇÃO DA LIMPEZA DOS ARTIGOS MÉDICO-ODONTO HOSPITALARES

I. Objetivos

Realizar a inspeção de todos os materiais que passaram pelo processo de limpeza manual/mecânica através de inspeção com lupa de aumento, para posterior preparo, conferência, montagem, embalagem e esterilização.

II. Materiais

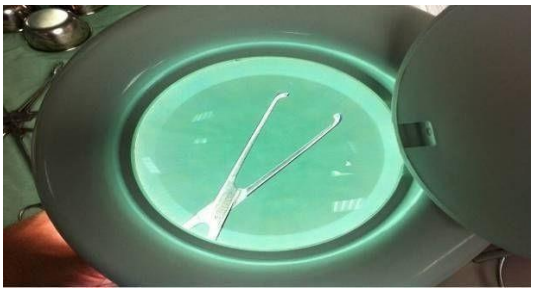
Gorro, luvas de procedimento, calçados fechados, lupa articular de mesa, material de escritório.

III. Descrição dos passos da atividade

✓ O técnico de enfermagem deverá paramentar-se com EPIs necessários;

✓ Recolher os materiais após a secagem, conferindo n° de peças, se estão completos e comsua devida identificação, manipulando com cuidado evitando quedas;

✓ Realizar a inspeção de cada instrumental com auxílio da lupa de aumento;





✓ Dispor todos os materiais na bancada de preferência cada conjunto com cores definidas,



✓ Verificar também integridade dos materiais, funcionalidade, separar os inapropriados para o uso, realizando a substituição do mesmo e comunicar ao enfermeiro para tomada de providências;

✓ Ou seja, os instrumentais com os seguintes problemas: tesouras sem corte, pinças com cremalheiras sem preensão, materiais desgastados, afastadores sem arruelas, alicates e furadeiras sem lubrificação, pinças hemostáticas com ponteiras sem justaposição, materiais ventilatórios incompletos (sem adaptadores, ambú sem máscara e/ ou sem bolsa e intermediário) deverão ser separados dos demais, registrados em impresso próprio e comunicar ao enfermeiro responsável para reposição dos mesmos pelo setor de origem.

✓ Registrar em impresso próprio a quantidade de instrumentais que foram verificados no momento;

✓ Registrar o número de instrumentais com presença de sujidade visível e posteriormente devolvê- lo para o expurgo, estes materiais deverão passar por um novo processo de limpeza;

✓ Retirar os EPIs deixando-os limpos e em local apropriado e lavar as mãos.

IV. Siglas e Definições

EPI: Equipamento de proteção individual

V. Anexos

LIVRO DE REGISTRO (recebimento de material)

VI. Referências

Práticas recomendadas -SOBECC-4ªedição-2007. APECIH- 9°edição.

RESOLUÇÃO - RDC No- 15, DE 15 DE MARÇO DE 2012 , Dispõe sobre requisitos de boas práticaspara o processamento de produtos para saúde e dá outras providências.

POP CME 006 – UTILIZAÇÃO DOS INTEGRADORES QUÍMICOS

I. Objetivo

Padronizar a utilização dos integradores químicos nas bandejas, caixas de instrumentais e kit parto cirúrgicos e contribuir para o processo de rastreabilidade.

II. Materiais

Gorro, planilha de carregamento de autoclave, integrador químico classe 5, caixas e bandejasde instrumentais cirúrgicos montados e materiais de escritório.

III. Descrição dos passos da atividade

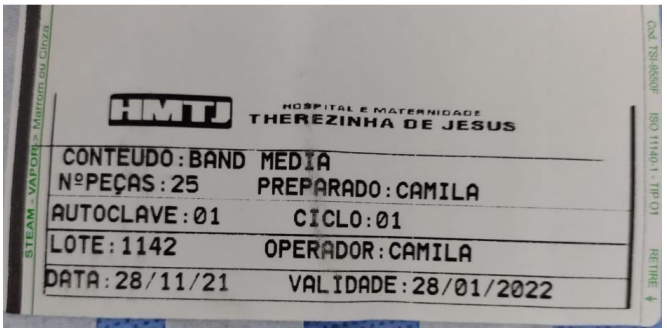
✓ O técnico de enfermagem colocará os integradores químicos classe 5 em todas bandejas e caixas cirúrgicas e kit parto. Nas caixas com conjunto de duas ou mais bandejas deverá ser colocado 1 integrador em cada bandeja;

✓ A leitura do integrador é simples: verificar se o agente químico atingiu região ACCEPT ou REJECT para posterior utilização do material esterilizado, segue figura abaixo:



✓ Na abertura dos materiais na sala de cirurgia solicitar ao cirurgião e/ou instrumentador que o integrador químico seja visualizado antes da montagem da mesa, afim de constatar que o material esta realmente esterilizado evitando contaminação do campo;
✓ Ao término do procedimento cirúrgico o integrador deverá ser anexado ao protocolo de cirurgia segura do paciente;
✓ Nos demais setores deverão ser anexados no formulário de rastreabilidade de procedimentos invasivos, tanto a etiqueta de identificação do material que auxilia na rastreabilidade quanto o integrador.
✓ Realizar identificação correta das etiquetas de materiais constando: o material, número de peças, nome de quem preparou, ciclo, lote da carga que identifica o número da autoclave, do programa (tipo de garga), do plantão e número da carga do dia, dia de esterilização e

validade conforme invólucro escolhido, via etiqueta de rastreabilidade;



IV. Siglas e Definições

ACCEPT: ACEITO

REJECT: REJEITADO

V. Anexos

N. A

VI. Referências

Práticas recomendadas -SOBECC-4ªedição-2007.

RESOLUÇÃO - RDC No- 15, DE 15 DE MARÇO DE 2012 , Dispõe sobre requisitos de boas práticaspara o processamento de produtos para saúde e dá outras providências.

POP CME 007 – REALIZAÇÃO DO TESTE BIOLÓGICO – BOWIE DICK E ARQUIVAMENTO

I. Objetivo

Descrição da realização dos testes biológicos para validar o equipamento (autoclaves) e o processo de esterilização, assegurando as unidades consumidoras o material reprocessado evitando a infecção hospitalar e arquivamento dos mesmos.

II. Materiais

Gorro, máscara, luva de procedimento, compressas, água, sabão neutro, luva de proteção térmica, planilha de carregamento de autoclave, pacotes de teste desafio, planilha de registro de teste biológico e materiais de papelaria.

III. Descrição dos passos da atividade

✓ Solicitar ao almoxarifado os pacotes de Teste Biológico e Bowie Dick através de requisição via sistema;

✓ Cabe ao enfermeiro treinar, orientar e supervisionar a realização do teste;





✓ A câmara interna da autoclave passa por uma prévia limpeza, utilizando compressas umedecidas com sabão neutro, seguida por enxague somente com compressas umedecidas com água potável.Atenção: não retirar o ralo do dreno;

✓ Lavar as mãos;

✓ Colocar o pacote de teste desafio padronizado próximo ao dreno da autoclave; (para teste);

✓ Ao término da limpeza realizar um ciclo de processo no programa n° 6 com a câmara vazia;

✓ Após o ciclo terminado, aguardar o resfriamento da câmara e posteriormente prepara-la para oteste;

✓ Fazer o teste de Bowie Dick na 1ª carga do dia após 00:00hs programando a autoclave para oprograma n°6;

✓ Retirar fita registradora da impressora da autoclave, verificar data e os registros, assinar e

anexarna ficha de carregamento de autoclave ao fim do processo para posterior arquivamento,

✓ Após término do ciclo, aguardar 20 minutos para esfriamento, abrir a porta da autoclave, retirar opacote;

✓ Fazer a leitura visual do teste de BD, grampear fita de registro do processo, fazer as devidasanotações, coletar assinatura do enfermeiro supervisor e arquivar;

✓ Na segunda carga colocar o pacote de teste biológico também sobre o dreno, selecionar o programa n° 1 (Pacotes), fechar a autoclave e iniciar o processo;

✓ Ligar a incubadora, realizar a quebra das ampolas na borda da incubadora, adicionar uma ampolateste que não foi à autoclave - ampola controle ou piloto;

✓ Atentar para que ampola piloto e a do teste desafio sejam do mesmo LOTE

✓ A primeira leitura deverá ser realizada após 3h de incubação, modalidade usada na instituição nomomento;

✓ Iniciar os devidos registros em impresso próprio;

✓ Retirar etiquetas de identificação das ampolas teste desafio e piloto após a leitura final e colar emimpresso próprio para registro. Desprezar ampolas no descartex;

✓ Assinar os registros e comunicar resultados ao enfermeiro responsável;

APÓS MANUTENÇÃO CORRETIVA/ PREVENTIVA NAS AUTOCLAVES:

✓ Realizar todo o processo descrito acima;

✓ Liberar o uso das autoclaves após a última leitura do teste biológico;

✓ Comunicar imediatamente ao enfermeiro do centro cirúrgico/centro de parto normal para validar os resultados e assinar o impresso de controle de teste biológico conforme acordo com o serviço;

✓ Os testes são realizados diariamente em cada equipamento, na primeira carga do período noturnoe, após cada manutenção preventiva e corretiva;

✓ Os resultados são comunicados verbalmente ao enfermeiro responsável se "positivos", a autoclaveé interditada ;

✓ O enfermeiro responsável deverá acionar a Fisiotec via telefone conforme escala de sobre aviso;

✓ O enfermeiro da CME no dia seguinte realizará a ordem de serviço formalizando através deprograma próprio de prestação de serviço via Sismetro.

✓ Após a manutenção prestada, é realizado novo teste Bowie Dick e teste biológico e posteriormentea autoclave é liberada para utilização se o resultado do teste for "negativo".

Arquivamento dos testes realizados (AUTOCLAVES 1 e 2):

✓ O técnico de enfermagem do plantão noturno deverá reunir todas as planilhas das autoclaves

✓ 1 e 2 referentes ao dia determinado, os bowie & dicks das primeiras cargas, os testes biológicos e os impressos das autoclaves; colocando na sala administrativa do setor.

✓ Cabe ao enfermeiro do setor conferir e validar as planilhas, fazendo a contagem dos pacotes preparados, ciclos realizados e cargas implantes para lançamento na planilha de indicadores.

Organizar planilhas, testes e impressos da autoclave 1 e autoclave 2, assinando e carimbando ao final das folhas de cada um. Arquivar em envelope identificado a produção do dia determinado e colocar em caixa arquivo identificado com o mês de referência.

IV. **Siglas e Definições**

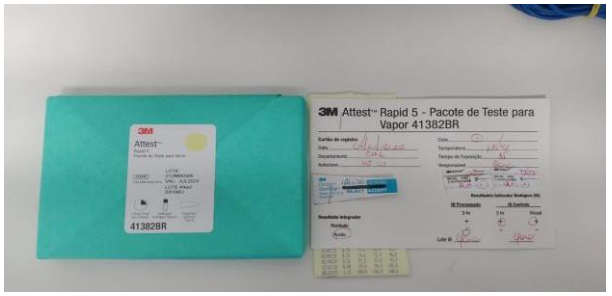
EPI: Equipamento de proteção individual;

CME: Central de Material e Esterilização.

Anexos



Teste Bowie Dick



Teste Biológico – leitura em 3h



Encubadora Attest 3M para leitura do teste Biológico

V. **Referências**

Práticas recomendadas -SOBECC-4ªedição-2007.

RESOLUÇÃO - RDC No- 15, DE 15 DE MARÇO DE 2012 , Dispõe sobre requisitos de boas práticas para oprocessamento de produtos para saúde e dá outras providências.

POP CME 008 – PROTOCOLO DE LIMPEZA, DESINFECÇÃO E ESTERILIZAÇÃO

I. Objetivo

Padronizar os processos realizados pela equipe de enfermagem permitindo direcionar o trabalhode limpeza e esterilização, removendo a sujidade visível, reduzindo a carga microbiana natural e extrair contaminantes orgânicos e inorgânicos dos artigos, além de manter segurança e qualidade no reprocessamento dos materiais médico odonto hospitalares.

II. Materiais

Máscara, gorro, luvas de procedimento, óculos de proteção, luvas de cano longo, calçados fechados e avental impermeável.

III. Descrição dos passos da atividade

O técnico de enfermagem após paramentar-se com EPIs necessários irá iniciar o processo delimpeza dosmateriais:

- A limpeza dos materiais é realizada no Expurgo da CME, consistindo em limpeza manual emecânicacom auxílio de lavadora ultrassônica;
- A capacidade da lavadora que possuímos é de 42 litros, sendo que o detergente enzimático que épadronizado, nos orienta utilizar 2ml para cada litro de água;
- Sempre atentar para a orientação do fabricante impressa no rótulo do enzimático antes de proceder com adiluição.

DEFINIÇÕES:

DESCONTAMINAÇÃO: remoção de microrganismos patogênicos na forma vegetativa de objetos e superfícies contaminados com matéria orgânica fazendo com que os mesmos fiquem seguros para serem manuseados durante o processo de limpeza manual. O processo pode ser químico (soluções germicidas) ou físico (lavadoras automática ultrassônica).

LIMPEZA: completa remoção de toda sujidade e material orgânico dos objetos e é o mais eficiente meiode redução da carga microbiana dos artigos. O processo pode ser feito com água, detergente e ação mecânica manual, lavadoras ultrassônicas ou de túnel ou por imersão em solução enzimática. Deve preceder os processos de desinfecção e esterilização.

DESINFECÇÃO: processo que elimina formas vegetativas de microrganismos patogênicos de objetos inanimados. Pode ser feita através de processos químicos (soluções germicidas) ou físicos (fervura e máquinas lavadoras - desinfetadoras). A atividade antimicrobiana de qualquer solução germicida pode ser alterada por erros na diluição e presença de matéria orgânica.

ESTERILIZAÇÃO: processo que utiliza métodos químicos (óxido de etileno) ou físicos

(esterilização em autoclave) para destruir todas as formas de vida microbiana (vegetativas ou esporuladas) e aplica-se especificamente para objetos inanimados.

A efetividade dos processos de esterilização e/ou desinfecção depende do tipo e do volume estimado de contaminantes no objeto, temperatura, tempo de contato, concentração do produto e naturezado objeto.

LIMPEZA: A limpeza é o primeiro passo para o processamento de artigos, e está intimamente ligada à qualidade final do processo, pois com a retirada da matéria orgânica consegue-se diminuir o número de microrganismos sobre o artigo. Consiste na retirada da sujidade depositada em superfícies inanimadas, incluindo a matéria orgânica, por meio de uma ação mecânica, com o objetivo de garantir a eficácia do processo de desinfecção ou esterilização e preservar o artigo.

Todo artigo para ser submetido à desinfecção deve primeiro ser adequadamente limpo, facilitando assim o contato do agente desinfetante. A falha em procedimentos de limpeza pode comprometer os procedimentos seguintes (desinfecção e esterilização).

Antes do processo de limpeza, os materiais devem ser desmontados em todas as partes possíveis,para que se efetue uma boa Limpeza manual: é um procedimento realizado manualmente, onde a sujidadeé removida por meio da ação física com auxílio de detergente, água e artefatos como escova e esponjasde preferência vegetal não abrasiva.

Os artigos devem ser limpos individualmente, e itens longos e com lumens inspecionados com atenção. Não utilizar artefatos abrasivos, ou seja, utilizar escovas de cerdas macias e esponjas e após a limpeza enxaguar os materiais abundantemente, para retirada de toda matéria orgânica e o detergente utilizado. As escovas utilizadas na limpeza devem ser limpas e mantidas secas.

É fundamental para o processo de limpeza a utilização de detergente neutro e ou enzimático que não danifique o material. Detergentes domésticos contêm lipídeos, que podem formar biofilme, dificultando o processo de limpeza e a desinfecção / esterilização. A solução deve ser trocada de acordo comorientação do fabricante sempre que estiver saturada. A limpeza manual oferece maior risco de contaminação ao profissional de saúde, seja por respingos de matéria orgânica em mucosas, seja pelos acidentes com material perfurocortante, portanto, o uso de equipamento de proteção individual (luvas de cano longo, óculos de proteção, aventais impermeáveis e máscara) se faz necessário. Instrumentos cortantes quando imersos em soluções de limpeza devem ser removidos com auxílio de uma pinça e não com as mãos, para evitar acidentes.

DESINFECÇÃO DE ARTIGOS MÉDICO-HOSPITALARES:

Desinfecção é um processo que destrói microrganismos, patogênicos ou não, dos artigos, com exceção dealto número de esporos bacterianos, pela aplicação de meios físicos ou químicos.

Classificação de artigos:

Para a escolha do tipo de processamento ao qual será submetido o artigo, é utilizada a classificação proposta por Spaulding (1968), com objetivo de racionalizar sua indicação. Segundo Spaulding (1968) os artigos podem ser classificados em três categorias segundo o grau de risco de
infecção envolvido no uso dos mesmos, ou seja, em artigos críticos, artigos semi-críticos e artigos não críticos.

☐ **Artigos críticos:** são aqueles que penetram em tecidos ou líquidos estéreis e, portanto possuem alto risco para aquisição de infecção. Estes artigos devem ser esterilizados para o uso. Nesta categoria estão incluídos os cateteres venosos, as agulhas hipodérmicas, os instrumentais cirúrgicos, implantes, cateteres urinários, etc.
☐ **Artigos semi-críticos:** são artigos que entram em contato com membrana mucosa íntegra ou pele nãoíntegra, e normalmente devem ser livres de todos os microrganismos, com exceção de elevado númerode esporos bacterianos. Requerem desinfecção de alto nível entre pacientes. Estão incluídos nesta categoria, os endoscópios gastrointestinais, equipamentos de terapia respiratória, etc.
☐ **Artigos não críticos:** são aqueles que entram em contato apenas com pele íntegra, ou não entram emcontato com pacientes e apresentam baixo risco de transmissão de infecção, pois a pele do paciente é barreira efetiva a microrganismos. Entretanto, podem servir de disseminação de microrganismos colonizantes entre os pacientes. Requerem apenas limpeza com água e sabão complementada opcionalmente com desinfecção de baixo nível. Como exemplos nesta categoria estão comadres, papagaios, jarros, bacias, cubas, aparelhos de pressão, termômetros, etc.

Níveis de ação de germicidas:

Segundo Rutala desinfetante é um germicida que inativa virtualmente todos os microrganismos patogênicos reconhecidos, mas não necessariamente todas as formas microbianas (por exemplo esporos bacterianos) em objetos inanimados. Os desinfetantes podem ser classificados de acordo com sua capacidade de eliminar microrganismos em:
☐ Desinfecção de alto nível: destrói todos os microrganismos com exceção de alto númerodeesporos.

☐ Desinfecção de nível intermediário: elimina bactérias vegetativas, a maioria dos vírus e fungos emicobactérias.
☐ Desinfecção de baixo nível: elimina a maioria das bactérias, alguns vírus e fungos, mas nãoelimina micobactérias.



Figura 1: Fluxo de processamento de artigos.

IV. Siglas e Definições

N.A

V. Anexos

Anexo 1 - Livro de registro de dispensação de materiais esterilizados.

VI. Referências

MGR CME 001.

Práticas recomendadas -SOBECC-4ªedição-2007. APECIH- 9°edição.

RESOLUÇÃO - RDC No- 15, DE 15 DE MARÇO DE 2012 , Dispõe sobre requisitos de boas práticas paraoprocessamento de produtos para saúde e dá outras providências.

POP CME 009 – CHECK LIST DE DESCARREGAMENTODAS AUTOCLAVES

I. Objetivo

Realizar o correto descarregamento da autoclave mantendo a integridade dos pacotes e manuseando com segurança.

II. Materiais

Gorro, máscara, luvas de proteção térmica, pranchetas, impresso de carregamento da autoclave,materiais de papelaria.

III. Descrição dos passos da atividade

- ✓ Lavar as mãos ou realizar fricção com álcool gel a 70%;
- ✓ Utilizar EPIs: máscara, gorro, luvas de proteção térmica.



- ✓ Descarregar a autoclave manuseando os pacotes com cuidado e delicadeza verificando:
- ✓ Se houve a viragem das listas das fitas de autoclave e ou tarja das etiquetas duplo adesivas (indicador classe I), lembrando que, quando o mesmo fica escurecido nos demonstra apenas uma leitura visual do material que passou pelo processo de esterilização;
- ✓ Integridade dos pacotes, avaliando fechamento dos mesmos, selagem eficaz, microfissuras e ou rasgos;
- ✓ Se o material está úmido ou molhado;
- ✓ Se o material não estiver conforme, deverá retornar para área de preparo e submeter uma novaembalagem e posterior esterilização;

✓ Se estiverem em perfeitas condições, dispor os pacotes em superfície coberta com campos duplosevitando condensação;

✓ Armazenar os pacotes cirúrgicos esterilizados no armário próprio no Arsenal da CME para posterior distribuição;

✓ Os materiais deverão ser armazenados respeitando as datas de validades dos mesmos, dispostos no sistema PEPS (o primeiro que entra é o primeiro que sai), afim de realizar a dispensação ordenada por data de validade;



✓ Conferir e preencher o campo na planilha de descarregamento de autoclave com a hora de término do ciclo, assinatura e carimbo do funcionário que retirou e acondicionou a carga no lugar descriminado para tal;

✓ Lavar as mãos;

✓ Comunicar ao enfermeiro responsável qualquer falha no processo, inadequação de pacotes e materiais utilizados na CME.

IV. Siglas e Definições

EPI: Equipamento de Proteção Individual;

CME: Central de Material Esterilizado.

V. Anexos

Anexo 1- Planilha de Carregamento de autoclaves.

VI. Referências

MGR CME 001.

Práticas recomendadas -SOBECC-4ªedição-2007 APECIH- 9ª edição.

RESOLUÇÃO - RDC No- 15, DE 15 DE MARÇO DE 2012 , Dispõe sobre requisitos de boas práticas parao processamento de produtos para saúde e dá outas providências.

POP CME 010 – DISPENSAÇÃO DE MATERIAIS MÉDICO-ODONTO HOSPITALARES ESTERILIZADOS DE ACORDO COM DEMANDA APRESENTADA

I. Objetivos

Padronizar a dispensação adequada dos materiais esterilizados, garantindo a esterilidade e integridade dos pacotes desde seu armazenamento até a distribuição, proporcionando qualidade e uma maior segurança na utilização dos mesmos

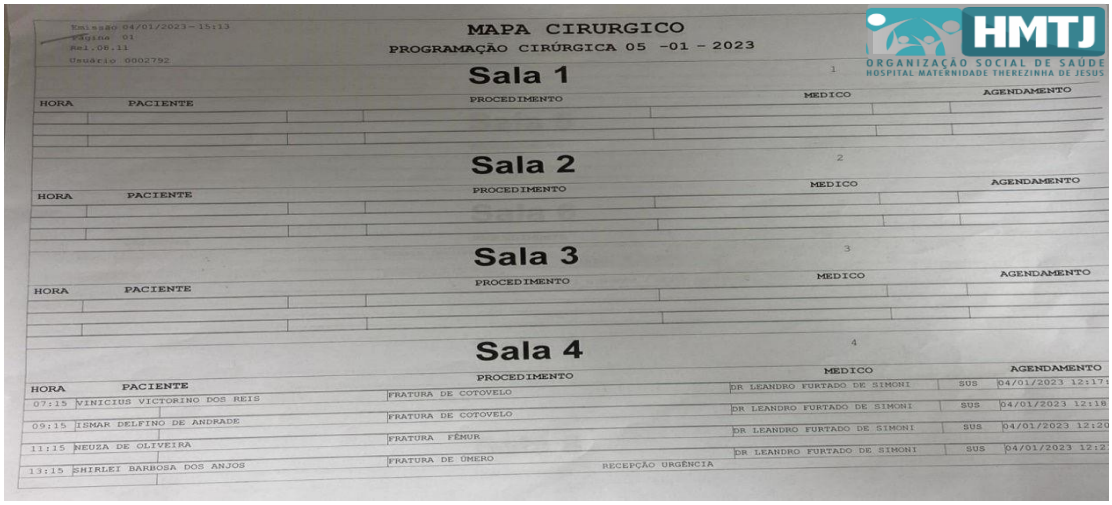
II. Materiais

Caneta esferográfica azul, livros de registro, requisição impressa, mapa cirúrgico impresso, telefone.

III. Descrição

☐ A demanda da CME é reconhecida de acordo com a programação de procedimentos agendados eletivamente, tendo como forma de identificação os mapas de procedimentos dos setores, para a programação da CME;

☐ O técnico de enfermagem / Enfermeiro da CME deverá verificar o mapa de procedimentos eletivos assim que o mesmo for entregue no setor, verificando o estoque do arsenal e providenciando o preparo dos pacotes e instrumentais afim de atender todos ao procedimentos programados;



MAPA CIRURGICO

PROGRAMAÇÃO CIRÚRGICA 05 -01 - 2023

HMTJ ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE HOSPITAL MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS

Sala 1

HORA	PACIENTE	PROCEDIMENTO	MEDICO	AGENDAMENTO

Sala 2

HORA	PACIENTE	PROCEDIMENTO	MEDICO	AGENDAMENTO

Sala 3

HORA	PACIENTE	PROCEDIMENTO	MEDICO	AGENDAMENTO

Sala 4

HORA	PACIENTE	PROCEDIMENTO	MEDICO		AGENDAMENTO
07:15	VINICIUS VICTORINO DOS REIS	FRATURA DE COTOVELO	DR LEANDRO FURTADO DE SIMONI	SUS	04/01/2023 12:17
09:15	ISMAR DELFINO DE ANDRADE	FRATURA DE COTOVELO	DR LEANDRO FURTADO DE SIMONI	SUS	04/01/2023 12:18
11:15	NEUZA DE OLIVEIRA	FRATURA FÊMUR	DR LEANDRO FURTADO DE SIMONI	SUS	04/01/2023 12:20
13:15	SHIRLEI BARBOSA DOS ANJOS	FRATURA DE ÚMERO	RECEPÇÃO URGÊNCIA		

 O mapa cirúrgico eletivo é enviado para a CME com 1 dia de antecedência e é disponibilizado de forma física para que todos tenham acesso e visibilidade do mesmo durante a jornada laboral;

 O técnico de enfermagem do período noturno da CME deverá disponibilizar todos os instrumentais e pacotes necessários para atender os procedimentos agendados no mapa cirúrgico, e em caso da falta do material deverá comunicar ao enfermeiro responsável imediatamente para que o mesmo possa providenciar o mesmo conforme plano de Contingência;

 No mapa deverá conter as seguintes informações: sala reservada, data e hora do procedimento, nome completo e leito do paciente, nome do procedimento a ser realizado , médico responsável pelo procedimento e informações complementares como solicitação de OPME e Reserva de UTI quando necessário;

 O material é solicitado via telefone e encaminhado pela CME de acordo com a demanda e é enviado ao C.C que é o nosso maior consumidor pelo monta Carga, nos demais setores a solicitação é realizada via sistema;

 As cirurgias de urgência / emergência que não entram na programação, a requisição do material é realizada no arsenal via telefone , o técnico responsável pela CME realiza a liberação do material de acordo com a solicitação apresentada;

 O técnico de enfermagem deverá conferir o material a ser dispensado, data de validade, identificação, número de peças e setor a ser direcionado.

✓ Não utilizar artigos que apresentem as seguintes alterações:

• Papel grau cirúrgico amassado, apresentando microfissuras que comprometa a esterilidade do pacote,

• Invólucros com umidade ou com manchas, embalagem de não-tecido com desprendimento de partículas, suspeita de abertura do embrulho e presença de sujidade;

✓ Dispensar os artigos do estoque obedecendo à ordem cronológica de seus lotes de esterilização, ou seja, liberar os mais antigos antes dos mais novos (SISTEMA PEPS). Manipular os materiais com cuidado, inspecionar as embalagens, considerar como contaminado os pacotes que caírem no chão ou que tiverem rasgos na embalagem.

✓ Proteger os artigos para evitar sua contaminação durante o transporte.

✓ Separar os materiais/ embalagens danificadas, rasgadas ou úmidas, e encaminhar para setor de preparo para novo reprocesso.

✓ O material dispensado para o Bloco Cirúrgico é transportado pelo monta cargas, não dispensar para outros setores, somente em casos de urgência utilizando este via.



✓ Os materiais pesados como, por exemplo, as caixas ortopédicas solicitadas para uso imediato, poderão ser dispensadas pelo monta carga, sendo 01 (uma) caixa por vez. As demais caixas deverão ser encaminhadas para o Arsenal do Centro Cirúrgico em carro fechado de transporte de material estéril;

✓ A dispensação de materiais esterilizados da Clínica de Odontologia será entregue em horários acordados mediante apresentação de protocolo de entrega, com rigorosa conferência do número de protocolo, nome do aluno e quantidade de peças;

✓ A dispensação de materiais para os demais setores é orientado para ser realizado em contêiner fechado identificado como transporte de material esterilizado;

✓ Em regras gerais a distribuição de material esterilizado é relacionada ao mesmo quantitativo de material entregue na CME para reprocessamento;

✓ Existem dois livros de dispensação de materiais; um livro exclusivo para material médico e outro para os demais setores e unidades externas.

IV. Siglas e Definições

PEPS: Primeiro que Entra é o Primeiro que Sai ;
CME: Central de Material Esterilizados;
UTI: Unidade de Terapia Intensiva;
CC: Centro Cirúrgico;
OPME: Órteses Próteses e Materiais Necessários (Específicos).

V. Anexos

Livro de registro de dispensação de materiais esterilizados.

VI. Referências

Práticas recomendadas -SOBECC-4ªedição-2007- APECIH- 9ª edição RESOLUÇÃO - RDC No-15, DE 15 DE MARÇO DE 2012 , Dispõe sobre requisitos de boas práticas para o processamento de produtos para saúde e dá outras providências.

MGR CME 001

POP CME 011 – CONTROLE DE VALIDADE DOS PACOTES REPROCESSADOS NA CME

I. Objetivos

Descrição dos fatores que contribuem para garantir o controle de validades dos pacotes cirurgicospadronizados na CME.

II. Materiais

Gorro, mascara, luva de proteção, planilha de carregamento de autoclave, pacotes de teste desafio, planilha de registro de teste biológico, planilha de registro de temperatura ambiente e materiais de papelaria.

III. Descrição dos passos da atividade

- Todos os materiais reprocessados na CME, são validados seguindo indicadores de qualidade de processo: Possuímos duas autoclaves de barreira, minimizando o cruzamento de material estéril com material limpo;
- Todo processo de esterilização é emitido da autoclave através de um registro microprocessado que monitora toda mudança do ciclo de esterilização que posteriormente é anexado na planilha de carregamento da autoclave;
- Em cada carga/ ciclo de processamento de artigos na autoclave é colocado um pacote desafio com um integrador químico classe 5, identificando data e código de carregamento, que posteriormente é anexado também a planilha de carregamento de autoclave, garantindo que o agente esterilizante tenha penetrado nos pacotes de forma satisfatória;
- Realizamos teste Bowie Dick e Teste biológico diariamente, sempre no período noturno – após 00hs, onde a demanda de realização dos procedimentos é reduzida, proporcionando tempo hábil para a verificação do resultado do teste biológico e posterior liberação de materiais esterilizados;
- Possuímos sala de guarda de material esterilizado que possui controle de Temperatura ambiente através de registros diários em planilha de controle de temperatura, através de monitorização por quadro de controle do ar condicionado e sistema SITRAD;



- Valores de referência: Umidade relativa do ar 30 a 60% e temperatura (T°) 21 ºC à 26 °C .
- Nas portas de descarregamento das autoclaves possui sistema de exaustão, não interferindo nocontrole de temperatura do setor;
- Fluxo de dispensação é unidirecional evitando o cruzamento com fluxos de materiais contaminados. As embalagens são escolhidas adequadamente ao tipo de material, conforme citado abaixo e comtempo de validade descrito

SMS: têm validade de (02) meses/ 60 dias.
GRAU CIRÚRGICO: têm validade de (02) meses / 60 dias.







TYVEC: Têm validade de (12) meses/ 365 dias

- Utilizar Grau Cirúrgico para materiais de superfície;
- Utilizar SMS para materiais pesados e de densidade;
- Selar os pacotes em grau cirúrgico adequadamente, deixando 5 cm na extremidade do pacote parapromover a abertura asséptica do mesmo;

- Nos invólucros com SMS, realizar a dobradura de forma asséptica, evitando contaminação do material no momento da disposição do mesmo;
- Realizar identificação correta das etiquetas de materiais constando: o material, número de peças, nome de quem preparou e de quem carregou (operou) a autoclave, número da autoclave, lote da carga, dia de esterilização e validade conforme descrita acima;
- A CME realiza a termodesinfecção mecânica em lavadora própria nos artigos termossensíveis e posterior esterilização em autoclave de Peróxido de Hidrogênio (V-Pro). Na falha dos equipamentos, a contigência, alguns materiais são encaminhados para reprocessamento por óxido de etileno e outros reprocessados nas autoclaves em carga leve (Temperatura de 121°C, Programa 02 latex);
- Todo material que passa pelo processo de desinfecção são devidamente identificados com etiqueta padronizada constando: método de termodesinfecção utilizado, conteúdo, data de processamento, validade, assinatura de quem processou e lote.
- Os materiais de assistência ventilatória e inaloterapia que são reprocessados na termodesinfecção tem validade de 30 dias. Materiais de fisioterapia que passam por termodesinfecção tem validade de 30 dias.
- Materiais termossensiveis que passam pelo processo de esterilização no óxido de etileno tem validade de 2 anos e peróxido de hidrogênio terão com validade de 01 ano conforme o fabricante.

IV. Siglas e Definições

SMS: Spunbonded / Meltblown / Spunbonded

CME: Central de Material e Esterilização

V. Anexos

N.A

VI. Referências

Práticas recomendadas -SOBECC-4ªedição-200 APECIH- 9ª edição RESOLUÇÃO - RDC No- 15, DE 15 DE MARÇO DE 2012, Dispõe sobre requisitos de boas práticas para o processamento de produtos para saúde e dá outras providências.

POP CME 012 – CARREGAMENTO DAS AUTOCLAVES

I. Objetivos

Realizar o correto carregamento das autoclaves para garantir o processo de esterilização dos pacotes cirúrgicos.

II. Materiais

Gorro, máscara, pranchetas, impresso de carregamento das autoclaves, materiais de papelaria.

III. Descrição dos passos da atividade

✓ Realizar o carregamento adequado das autoclaves para garantir a passagem do vapor esterilizante nos pacotes cirúrgicos;

✓ Ocupar somente 80% da câmara da autoclave;

✓ Separar as cargas de acordo com a classificação dos materiais;

✓ Nossas autoclaves estão programadas para realização de três tipos de Ciclos:

Programa 1: Pacotes - orienta-se a esterilização de pacotes diversos como campos operatórios, aventais, caixas e bandejas, materiais pesados (materiais de densidade);

Programa 2: Látex: onde são esterilizados todos materiais termossensíveis, delicados, látex, furadeiras, manetes de foco, pinças avulsas (materiais de superfície), copos do lactário, etc.;

Programa 6: Bowie Dick: ciclo próprio para realização do teste de Bowie Dick;

✓ Lavar as mãos;

✓ Utilizar gorro e máscara para manuseio dos pacotes;

✓ Carregar a autoclave inspecionando cada pacote antes do acondicionamento no rack/ cesto da autoclave, avaliando integridade dos mesmos e selagem adequada;

✓ Dispor os pacotes de modo vertical para facilitar a entrada e a circulação do vapor esterilizante nos pacotes favorecendo a secagem;

✓ Dispor os pacotes em grau cirúrgico de forma a ficar a posição de filme transparente paralela a filme transparente e papel paralelo ao papel;

✓ Registrar em impresso próprio toda a carga realizada na autoclave anotando:

➢ Data/ Número da autoclave/ Lote/ Número do código da carga/ Quantidade/ Nome do material/ Hora do início do processo/ Assinatura e carimbo do funcionário que fechou a carga/ Assinatura e carimbo do funcionário que armazenou os materiais no arsenal.

✓ O número do código da carga que é pedido na planilha faz referência a qual programa da autoclave é realizado no momento daquela carga. Na própria planilha existe a legenda dos 3 possíveis códigos (POP: Elaboração de lotes das Autoclaves e Termodesinfectora).

✓ Na segunda carga do dia e em todas as cargas que contenham implantes colocar na porta da autoclave, próximo ao dreno, um pacote de Teste Biológico, além do pacotede teste desafio com integrador químico classe 5 com lote e data da carga;

✓ Fechar a porta da câmara da autoclave;

✓ Realizar os devidos registros e lavar as mãos;

✓ Comunicar ao enfermeiro responsável qualquer falha no processo de esterilização para providenciar manutenção corretiva das mesmas.

O LOTE é elaborado a cada carga onde:

1º número: corresponde ao número da autoclave (1 ou 2);

2º número: é o número do ciclo que está sendo realizado (1, 2 ou 6); 3º corresponde: ao número do plantão (1,2,3,4 ou 5 para diaristas); 4º corresponde: ao número da carga que esta sendo feita (1,2,3...10).

IV. Siglas e Definições

EPI: Equipamento de proteção individual

V. Anexos

N.A.

VI. Referências

Práticas recomendadas -SOBECC-4ªedição-2007. APECIH- 9°edição. RESOLUÇÃO - RDC No-15, DE 15 DE MARÇO DE 2012 , Dispõe sobre requisitos de boas práticas para o processamento de produtos para saúde e dá outras providências

POP CME 013 – CONTROLE DE REESTERILIZAÇÃO DE ARTIGOS

I. Objetivos

Reprocessar materiais médico odonto hospitalares com vencimento de validade e ou manuseio excessivo, em período estipulado, afim de garantir a dispensação de material esterilizado evitando infecção hospitalar.

II. Materiais

Gorro, mascara, invólucros padronizados, planilha de carregamento de autoclave, pacotes de testedesafio,planilha de registro de teste biológico e materiais de papelaria.

III. Descrição dos passos da atividade

Conforme orientações do POP CME – Validade dos pacotes cirúrgicos:

✓ Os pacotes cirúrgicos : SMS: têm validade de (02) mês / 60 dias; GRAU CIRÚRGICO: têm validade de (02) meses / 60 dias;

✓ Acrescentamos a validade dos materiais reprocessados por método de Termodesinfecção com temperatura de 70°C e secagem no gabinete quando se aplicar de 55°C, no período de : 30 dias ;

✓ Os materiais após esterilização e desinfecção são distribuidos para os demais setores em demanda espontânea.

✓ A dispensação para o bloco cirúrgico é realizada mediante solicitação prévia e de acordo com mapa cirúrgico, sendo estes materiais armazenados no Arsenal do Centro cirúrgico, obedecendo os mesmos principios de boas práticas de armazenamento: possuir controle de Temperatura ambiente e Umidade relativa do ar através de registros diários em impresso próprio;

✓ Valores de referência: Umidade relativa do ar 30 a 60% e T°: de 21°C a 26°C.

✓ A sala de guarda de materiais esterilizados possui também climatização.

✓ O colaborador da CME deve fazer a verificação do vencimento da esterilização de todos pacotes cirurgicos esterilizados por médoto físico a vapor saturado sob pressão (autoclave) e por método de termodesinfecção. Estes materiais serão separados – considerando vencimento nos próximos sete dias, para serem dispensados de quarta- feira até domingo, o que não for dispensado será reprocessado no domingo, dia que não temos agenda cirurgica;

✓ Ao separar os materiais aproveitar e manter a organização dos demais em ordem cronológica;

✓ Além da validade, observar microfissuras dos pacotes, rasgos, perfurações, umidade,

identificação errada, tudo que possa comprometer a esterilidade do pacote, sendo estes necessários reprocessamento;

✓ Anotar em planilha própria a data, quantidade, nome e peso de materiais reesterilizados por perda da validade, para posterior compilação de indicador;

✓ Materiais que não tem tanta saída, sendo reprocessado todo dia de reesterilização, é comunicado ao enfermeiro para que este seja disponibilizado em menor quantidade armazenado em local apropriado;

✓ Realizar os pacotes em embalagem correta e mais adequada ao tipo de material;

✓ Utilizar grau cirúrgico para materiais de superfície; utilizar SMS para materiais pesados e de densidade;

✓ Selar os pacotes em grau cirúrgico adequadamente, deixando 5 cm na extremidade do pacote para promover a abertura asséptica do mesmo;

✓ Nos invólucros com SMS, realizar a dobradura de forma asséptica, evitando contaminação do material no momento da disposição do mesmo;

✓ Realizar identificação correta das etiquetas de materiais constando: o material/ conteúdo, nome de quem preparou e de quem carregou a autoclave, lote da carga, dia de esterilização e validade conforme descrita acima;

✓ Quanto aos materiais dos demais setores com vencimento de validades de esterilização e ou desinfecção, os mesmos deverão ser encaminhados em containers fechados para a CME conforme acordo de horários pré estabelecidos.

IV. Siglas e Definições

SMS: Spunbonded / Meltblown / Spunbonded

CME: Central de Material e Esterilização.

V. Anexos

N.A

VI. Referências

Práticas recomendadas -SOBECC-7ªedição-2007APECIH- 9ª edição

RESOLUÇÃO - RDC No- 15, DE 15 DE MARÇO DE 2012 , Dispõe sobre requisitos de boas práticas para oprocessamento de produtos para saúde e dá outras providências.

POP CME 014 – CARREGAMENTO DA TERMODESINFECTORA

I. Objetivo

Realizar o correto carregamento da termodesinfectora, garantindo o processo de desinfecção de materiais termosensíveis, tais como: materiais de assistência ventilatória e inaloterapia e fisioterapia.

II. Materiais

- ✓ Gorro;
- ✓ Máscara;
- ✓ Pranchetas;
- ✓ Caneta esferográfica;
- ✓ Impresso de carregamento da termodesinfectora;
- ✓ Dispositivo de monitoramento do processo de lavagem All Clean Test.

III. Descrição dos passos da atividade

- ✓ Lavar as mãos e colocar EPI's;
- ✓ Realizar a limpeza com álcool a 70% da mesa de preparo e a troca de campo operatório da mesma;
- ✓ Acondicionar os materiais na termodesinfectora pela janela do expurgo;
- ✓ Anotar na planilha de carregamento da termodesinfectora: data, número do lote material; quantidade; operador do equipamento;
- ✓ Inserir código para identificação da carga, demonstração "DXYZ" descrição abaixo:

- D: Desinfecção;
- X: Programa escolhido (1 ou 2 conforme a natureza do material);
- Y: Número do plantão;
- Z: Número do ciclo.

- ✓ Selecionar o programa;
- ✓ Programa 1: utilizado para instrumentais;
- ✓ Programa 2: utilizado para materiais de assistência ventilatória e inalatória e de fisioterapia;

- ✓ Programar o equipamento para que o ciclo ocorra em um total de 80 min. (1h e 20min);
- ✓ Ao término do ciclo da termodesinfectora, acondicionar os materiais no Gabinete de Secagem;
- ✓ Conferir check list (planilha de carregamento) e assinar.

IV. Siglas e Definições

EPI: Equipamento de proteção individual

Termodesinfectora: Equipamento destinado à lavagem, enxague, desinfecção térmica automática de instrumentais, utensílios, vidrarias de laboratórios, tubos e acessórios para anestesia, tubos de sucção, embalagens, entre outros.

V. Anexos

Figura 1: Tela de inicio da termodesinfectora





Figura 2: Materiais para termodesinfecção

VI. Referências

Práticas recomendadas -SOBECC-4ªedição-2007.

RESOLUÇÃO - RDC No- 15, DE 15 DE MARÇO DE 2012 , Dispõe sobre requisitos de boas práticas para o processamento de produtos para saúde e dá outras providências.

POP CME 015 – ELABORAÇÃO DE LOTES DAS AUTOCLAVES E TERMODESINFECTORA

I. Objetivo

Padronizar método de identificação dos materias reprocessados na CME visando a necessidade de realização da rastreabilidade de todo seu processo, através da elaboração dos números de lotes dos colaboradores que operam as Autoclaves e a Termodesinfectora.

II. Materiais

- ✓ Planilha de Carregamento das Autoclaves;
- ✓ Planilha de Carregamento da Termodesinfectora;
- ✓ Planilha de Carregamento da Secadora;
- ✓ Planilha com código de cada colaborador (código do operador);
- ✓ Caneta esferográfica;
- ✓ Etiqueta dupla adesiva com indicador químico classe I;
- ✓ Computador;
- ✓ Impressora .

III. Descrição dos passos da atividade

Na autoclave, seguir a ordem em que se apresentam as orientações:

1. Digitar o número da autoclave em que se iniciará o ciclo (Autoclave 1 ou Autoclave 2);
2. Em seguida, digitar o número do programa ao qual se destina a próxima carga (por ex.: Bowie Dick, pacotes ou látex);
3. Inserir o código do operador da autoclave, (cada tem o seu código) – ver Planilha em anexo;
4. Por último, digitar o número da carga (por ex., 1ª carga: 1).

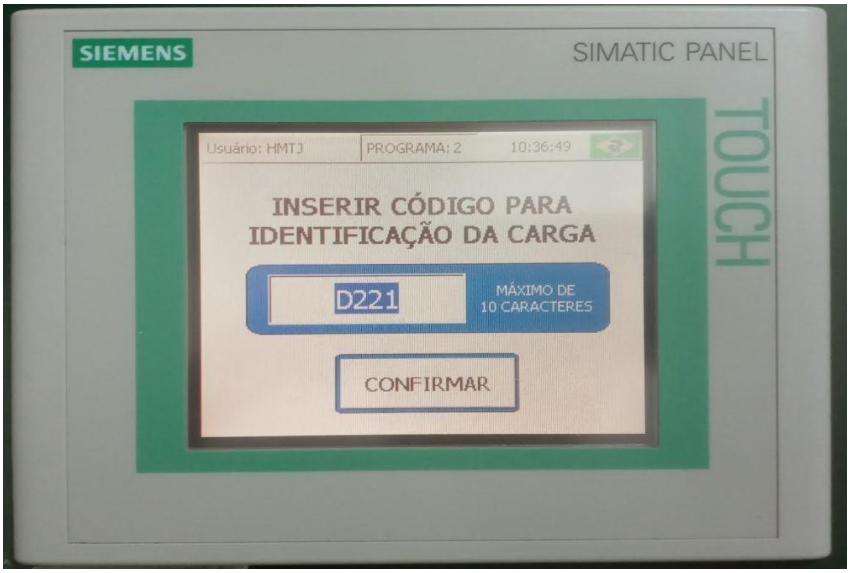
Figura 1: Orientações de uso autoclave



Na termodesinfectora, seguir a ordem em que se apresentam as orientações:

1. Digitar a letra "D" (desinfecção) – constante;
2. Digitar o número "2" – constante;
3. Inserir o código do operador da termodesinfectora, (cada plantão deverá ter o seu código) – ver Planilha em anexo;
4. Por último, digitar o número da carga (por ex., 1ª carga: 1).

Figura 2: Orientações de uso termodesinfectora



IV. Siglas e Definições

N. A

V. Anexos

N. A

VI. Referências

Práticas recomendadas -SOBECC-4ªedição-2007 APECIH- 9ª edição.

RESOLUÇÃO - RDC No- 15, DE 15 DE MARÇO DE 2012 , Dispõe sobre requisitos de boas práticas para o processamento de produtos para saúde e dá outras providências.

POP CME 016 – REGISTRO DE CARGA IMPLANTE

I. Objetivo

Promover a rastreabilidade dos materiais implantados em cirurgias a fim de prevenir e documentar infecções de cirurgias limpas.

II. Materiais

- Impresso próprio de carga implante; Teste biológico; Incubadora; Caneta esferográfica;

III. Descrição

✓ Identificar caixas na sala de preparo que serão utilizadas nas cirurgias agendadas no centrocirúrgico;

✓ Na chegada dos materiais realizar limpeza prévia antes de proceder ao empacotamento;

✓ Após empacotar as caixas colocá-las na autoclave junto com integrador químico e teste biológico próprio para essas cargas, independente se na mesma carga irão materiais extras;

✓ Anotar em impresso próprio a data, hora, número da autoclave a realizar o processo, quais caixas implantes estão sendo esterilizadas, e nome da funcionária que fechou essa carga na autoclave;

✓ Ao término da esterilização o técnico deverá proceder na incubação da ampola teste, sendo omaterial esterilizado dispensado somente após a leitura final de 3 horas;

✓ O material deverá ser descarregado da autoclave e armazenado no arsenal da CME sendoeste separado até o resultado final do teste biológico.

✓ Observar a integridade da embalagem e a fixação da etiqueta de rastreabilidade,

✓ Não colocar a caixa em superfície fria para que não ocorra condensação.

✓ Após o resultado final é feita a leitura, registrado em impresso próprio, anexado á planilha decarregamento e logo arquivado.

IV. Siglas e Definições

NA.

V. Anexos

NA.

VI. Referências

Práticas recomendadas -SOBECC-4ªedição-2007

APECIH-Limpeza, desinfecção e esterilização de artigos em serviço de saúde. 1ª edição- 2010. RESOLUÇÃO - RDC No- 15, DE 15 DE MARÇO DE 2012, Dispõe sobre requisitos de boas práticas para o processamento de produtos para saúde e dá outras providências.

POP CME 017 – MATERIAIS PARA MANUTENÇÃO-DESCARTE

I. Objetivo

Promover processo de manutenção dos instrumentais danificados e/ou descarte, controle de estoque/inventário e solicitação de aquisição de materiais para reposição a fim de manter a qualidade da assistência ao paciente sem desabastecimento.

II. Materiais

- ✓ Impresso próprio de materiais danificados e/ou descartados;
- ✓ Planilha de Carregamento das Autoclaves,
- ✓ Descartex.

III. Descrição dos passos da atividade

✓ Durante o recebimento e limpeza dos materiais no expurgo, o técnico de enfermagem deverá inspecionar e identificar a completude do material e/ou danificação dos mesmos;
✓ Os materiais advindos do centro cirúrgico com defeitos e/ou danos deverão ser encaminhados com identificação;
✓ Separar o material na sala da administração em local específico de materiais para manutenção e materiais para descarte;
✓ Revisar diariamente as caixas onde são acondicionados os materiais que aguardam manutenção, registrar em planilha própria o nome do material, quantidade, origem do material danificado (bandeja ou caixa), se será enviado para manutenção ou descarte;
✓ Todo material separado e sem possibilidade de concerto comunicar ao coordenador do setor antes de descartá-lo;
✓ Sendo material único, formalizar compra através de impresso/programa próprio de aquisição de produto e encaminhar para setor de Compras.
✓ O coordenador do setor deverá verificar junto ao setor de compras a viabilidade de envio dos materiais planilhados para manutenção externamente;
✓ O coordenador do setor deverá solicitar compra de materiais que estiverem escassos e comprometendo a assistência, através de levantamento de inventário que é realizado semestralmente;
✓ Caso não haja aproveitamento do material, este deverá ser descartado em descartéx.

IV. Siglas e Definições

N. A

V. Anexos

N. A

VI. Referências

APECIH- Limpeza, desinfecção e Esterilização de artigos em Serviços de Saúde. 1ªedição-2010. Práticas recomendadas -SOBECC-4ªedição-2007

RESOLUÇÃO - RDC No- 15, DE 15 DE MARÇO DE 2012 , Dispõe
sobre requisitos de boas práticas para o processamento de produtos para saúde e dá outras providências.

POP CME 018 – CONTROLE DE TEMPERATURA DA CME

I. Objetivo

Realizar monitorização da temperatura e umidade realtiva do ar recomendada para o Arsenal, a fim de manter a qualidade e manutenção da esterilidade dos pacotes armazenados.
Registrar a temperatura ambiente da Área Limpa e do Expurgo em conformidade com a RDC vigente, promovendo ambiente adequado para trabalho e manipulação dos materiais.

II. Materiais

Máscara, gorro, caneta e planilha atualizada de temperatura, computador.

III. Descrição dos passos da atividade

O técnico de enfermagem e/ou enfermeiro do setor, no recebimento do plantão, deverá visualizar a temperatura e umidade relativa do ar do arsenal, no computador pelo programa, atentando para que os registros estejam dentro dos parâmetros de boas práticas.
Na ocorrência de registros inadequados aos parâmetros recomendados o próprio programa, emite um sinal sonoro ;
O enfermeiro/ técnico de enfermagem deverá proceder de forma a identificar o problema, silenciar o alarme, acionar manutenção corretiva mediante solicitação de visita técnica para avaliação e conduta, via ordem de serviço enviada pelo programa Sismetro.
Os valores de referência no arsenal para controle de temperatura e umidade relativa do ar que promove a manutenção da esterilidade dos materiais reprocessados na CME são:

- ✓ Umidade relativa do ar de 30% á 60%
- ✓ Temperatura de 21°C a 26°C.

O programa SITRAD permite o registro 24hs da temperatura e umidade relativa do ar e é possível a impressão de relatórios;
Nas áreas de Expurgo e área limpa a monitorização da temperatura ambiente ocorrerá através de termometro digital e deverá ser registrada em planilha própria nos horários de 08hs, 14hs e as 20hs, pelo técnico de enfermagem e validado pelo enfermeiro do setor.
Os parâmetros recomendados de temperaturas ideais do ambiente das áreas de expurgo e área limpa são: 18° à 22°C; 20° à 24°C, respectivamente.
Caso ocorra registro de temperaturas inadequadas, acima do recomendado, o enfermeiro deverá realizar uma OS para manutenção predial pelo sistema Sismetro.
Caso ocorra temperatura abaixo do recomendado o mesmo deverá ajustar a temperatura do ar Condicionado e manter portas fechadas.



Figura 1: Controle de temperatura CME

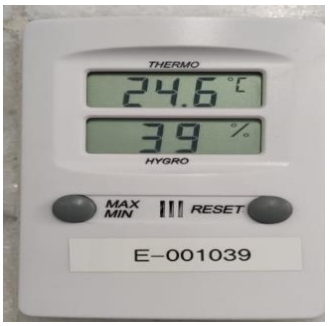
Para identificar no painel a Temperatura do Arsenal: A letra **t** primeiro aparece e depois a quantificação.

Figura 2: Controle de humidade CME



Para identificar no painel a Umidade do Arsenal: A letra **h** primeiro aparece e depois a quantificação.

Figura 3: Controle de temperatura da área limpa CME e expurgo



Orientações fornecidas pela engenharia clínica para realização da leitura da Temperatura e Umidade relativa do ar do arsenal no programa SITRAD:

1. Entrar no sistema SITRAD
2. Conferir temperatura e umidade na tela principal.

Passo a passo para solicitação de manutenção (quando a temperatura ou umidade estiverem fora dosparâmetros- alarme):

1. Entrar no sistema SITRAD;
2. Conferir através do alerta visual qual o parâmetro está desajustado;
3. Clicar em parâmetros;
4. Senha: 123;
5. Clicar em "Buzzer...";
6. Colocar o número 1 e clicar em "enviar"; Após fazer isso, minimizar o programa;
7. Clicar no ícone "suporte" (área de trabalho) programa Mysuite;
8. Realizar login com suas credênciais;
9. Clicar em "novo ticket";
10. Preencher o campo "assunto"
11. Escolher o setor (Manutenção Predial); Selecionar a "Categoria";
12. Preencher o campo de mensagem com a solicitação a ser feita; Clicar em gravar ticket e anotar onúmero da requisição.

IV. Siglas e Definições

N. A

V. Anexos

N. A

VI. Referências

Práticas recomendadas -SOBECC-4ªedição-2007 APECIH- 9ª edição
RESOLUÇÃO - RDC No- 15, DE 15 DE MARÇO DE 2012 , Dispõe sobre requisitos de boas práticas parao processamento de produtos para saúde e dá outras providências.

POP CME 019 – MONITORAMENTO DE LIMPEZA DA LAVADORA ULTRASSÔNICA E TERMODESINFECTORA

I. Objetivos

Validação e monitoramento rotineiro da eficácia dos processos de limpeza e desinfecção para instrumentos cirúrgicos e materiais termosenssíveis.

II. Materiais

✓ Indicador de limpeza para Ultrassônica: ParaSure CEI (indicador Standard Basket); Recipiente protetor para o indicador ParaSure CEI: PCD (caixa inox);

✓ Indicador de limpeza para Termodesinfectora: Teste Verify All Clean; Recipiente protetor para o indicador All Clean Test: Suporte Browne STF LoadCheck

✓ Máscara, gorro, luvas de procedimento, óculos de proteção, luva de procedimento, material a ser higienizado, caneta esferográfica, formulário de Monitoramento do teste de Limpeza, guia de interpretação de resultados de cada teste;

III. Descrição dos passos da atividade Indicadores:

1. Escolha o indicador de limpeza conforme o equipamento que será utilizado para o processo (Ultrassônica- ParaSure CEI / Termodesinfectora- All Clean Test).
2. Coloque o indicador no recipiente específico (ParaSure CEI -PCD (caixa Inox) e All Clean Test -Suporte Browne)
3. Coloque os recipientes com os indicadores nos equipamentos respectivos em um ponto representativo na cesta de carga.
4. Coloque o cesto de carga na lavadora ultrassônica e termodesinfectora.
5. Verifique o programa e realize o ciclo de limpeza.
6. Uma vez que o ciclo de limpeza está completo, retire o indicador de limpeza e avalie o resultado visualmente com o auxilio do guia de interpretação de resultados de cada teste.
7. Compare o indicador com as imagens do Guia de interpretação de resultados:

✓ Nenhum resíduo de teste de solo = processo de limpeza bem sucedido;
✓ Resíduo do solo testado visível = Processo de limpeza não bem sucedido.

8. Anote o resultado da avaliação visual no formulário de "Monitoramento do teste de limpeza" (em anexo- disponível no SIGQUALI) e libere ou não a carga, de acordo com o resultado do

teste.

9. Após a avaliação, o indicador pode ser eliminado como resíduo comum.

Periodicidade da realização monitoramento de limpeza:

1. Semanal sendo, ParaSure CEI e Teste Verify All Clean realizados toda sexta-feira.

Avaliação visual dos testes – Guia de interpretação de resultados: Lavadora Ultrassônica (ParaSure CEI):

Resultado	Avaliação	Ação necessária
	Indicador de referência: local da sujidade	
	Falha no processo de limpeza	
	Local de sujidade completamente visível	Não libere o lote
	Local de sujidade visível	Verifique a carga, temperatura, dosagem e tempo
	Local de sujidade visível	Repita o teste
	Local de sujidade levemente visível	No caso de limpezas insuficientes repetidas, chame
	Sucesso no processo de limpeza	
	Sujidade completamente removida	Libere lote



Termodesinfectora (All Clean Test):

Antes do processo

Local de sujidade visível

Sujidade removida parcial

IV. **Siglas e Definições**

ParaSure CEI – Integrador de limpeza

PCD – Recipiente protetor do intregrador de limpesa

CME – Centro de Material Esterilizado

V. Anexos

Formulário de Monitoramento do teste de limpeza

CME	
Título: Monitoramento do teste de limpeza	**Ano:**

Instituição:	**Departamento:**
Equipamento:	**Fabricante:**
Agente de limpeza:	**Desinfectante:**
Indicador de monitoramento:	**Lote:** **Validade:**

Data / Hora	Lote	Programa	Resíduo visível	Teste aceito	Visto
			( ) Sim ( ) Não	( ) Sim ( ) Não	
			( ) Sim ( ) Não	( ) Sim ( ) Não	
			( ) Sim ( ) Não	( ) Sim ( ) Não	
			( ) Sim ( ) Não	( ) Sim ( ) Não	
			( ) Sim ( ) Não	( ) Sim ( ) Não	
			( ) Sim ( ) Não	( ) Sim ( ) Não	
			( ) Sim ( ) Não	( ) Sim ( ) Não	

VI. Referências

RESOLUÇÃO - RDC No- 15, DE 15 DE MARÇO DE 2012 , Dispõe sobre requisitos de boas práticas para o processamento de produtos para saúde e dá outras providências.

POP CME 020 – DESCARTE DE ESCOVAS E ESPONJAS DE LIMPEZA UTILIZADAS NA CME

I. Objetivos

Padronizar o descarte de escovas e esponjas de limpeza dos materiais recebidos na CME proveniente das unidades hospitalares, por tempo de uso e/ou por desgaste, promovendo a limpeza adequada removendo a sujidade visível e, por conseguinte, reduzindo a carga microbiana e extrair contaminantes orgânicos e inorgânicos dos artigos.
Manter segurança e qualidade na limpeza e desinfecção dos materiais médico hospitalares e instrumentais cirúrgicos.

II. Materiais

- Escova;
- Esponja;
- Impresso próprio;
- Caneta.

III. Descrição dos passos da atividade

Inspecionar as escovas e esponjas diariamente substituindo-as quando perderem suas características necessárias para a ação limpadora (atrito para a remoção da sujidade).
Comunicar ao enfermeiro do serviço p a r a solicitação de reposição do material. Fica estabelecido, que mantida as características de uso, a validação desse instrumento (escova e esponja) será de três meses. Antes do descarte, será registrado em planilha a data do descartee motivo.

IV. Siglas e Definições

N.A.

V. Anexos

Planilha: Descarte de escovas de limpeza.

VI. Referências

Práticas recomendadas -SOBECC-4ªedição-2007.

POP CME 021 – CHECK LIST DE MATERIAIS E QUIPAMENTOS NA CME

I. Objetivos

Manter equipamentos em condições de uso e manusear corretamente o equipamento; Validação e monitoramento rotineiro da eficácia dos processos dos equipamentos do setor; Realizar o carregamento das autoclaves para garantir o processo de esterilização dos pacote cirúrgicos; Zelar pelo bom funcionameto de cada equipamento;
Garantir a segurança do cliente,

II. Materiais

- Equipamentos em geral;
- Planilha de conferências dos testes biológicos e bowie & dick;
- Materiais de papelaria.

III. Descrição dos passos da atividade

No inicio do plantão, o técnico de enfermagem da central de material esterilizado deverá realizar aconferência dos equipamentos;

- Verificar se os insumos para utilização dos equipamentos estão isponíveis no setor em quantidadesufuciente ;
- Realizar a limpeza dos equipamentos com álcool a 70%;
- Verificar registro de passagem de plantão para identificar registros de possíveis problemas com osequipamentos;
- Capacitação dos colaboradores para manuseio correto dos equipamentos;
- Caso falte algum material, comunicar o enfermeiro de plantão;
- Realizar solicitação de manutenção em caso de defeitos nos equipamentos;
- Liberar o equipamento somente após os testes de validação;
- Anotar resultados dos testes realizados para a liberação do equipamento após manutenção;

O técnico de enfermagem deverá tomar o cuidado com seguintes equipamentos:

Lavadora Ultrassônica:

- Verificar conecção adequada da tomada;

- Verificar voltagem 220 v;
- Verificar se o galão do detergente enzimático está em volume adequado;
- Realizar o teste do aparelho:
- Pressionar o botão liga/desliga;
- Depositar o material no interior do equipamento já com a pré lavagem realizada;
- Aguardar o tempo de processamento até o aparelho emitir um som para a retirada no material;

Termodesinfectora:

- Verificar conecção adequada da tomada;
- Verificar voltagem 220 v;
- Pressionar o botão liga e desliga;
- Inserir código para identificação da carga, demonstração "DXYZ" descrição abaixo:
- D: Desinfecção;
- X: Programa escolhido (1 ou 2 conforme a natureza do material);
- Y: Número do plantão;
- Z: Número do ciclo.
- Preencher a câmara do equipamento com o material a ser processado já pré lavado;
- Selecionar o programa;
- Programa 1: utilizado para instrumentais;
- Programa 2: utilizado para materiais de assistência ventilatória e inalatória e de fisioterapia;
- Programar o equipamento para que o ciclo ocorra em um total de 80 min. (1h e 20min);
- Fechar a tampa do equipamento;
- Verificar se o galão do detergente enzimático está em volume adequado;
- Pressionar o botão liga/ desliga;
- Aguardar o tempo de processamento até o aparelho emitir um som para a retirada no material;
- Ao término do ciclo da termodesinfectora, acondicionar os materiais no Gabinete de Secagem;

- Conferir check list (planilha de carregamento) e assinar.

- Em caso de falha em equipamentos o colaborador deverá comunicar imediatamente ao enfermeiro responsável;
- O enfermeiro deverá solicitar reparo e ou manutenção corretiva através do sistema SISMETRO (ferramenta que permite o acompanhamento da manutenção e avaliação do serviço prestado).

Secadora de Artigos:

- Verificar conecção adequada da tomada;
- Verificar voltagem 220 v;
- Pressionar o botão liga e desliga;
- Acondicionar os materiais no Gabinete de Secagem;
- Verificar temperatura que o gabinete antinge, sendo o pico máximo entre 70ºC a 80°C;
- Conferir check list (planilha de carregamento) e assinar;
- Aguardar o tempo de processamento até o aparelho emitir um som para a retirada no material;
- Conferir check list (planilha de descarregamento) e assinar;
- Caso o aparelho venha apresentar algum tipo de falha, deverá ser comunicado o responsável de plantão;
- Abrir ordem de serviço sempre que o equipamento apresentar qualquer tipo de falha no sistema SISMETRO.

Autoclave de Peróxido de Hidrogênio:

- Verificar so o equipamento esta em condições de uso;
- Observar ponto de tomada correta sendo 220 v;
- Inspecionar a limpeza da Cãmara de processamento;
- Confirmar se há fita impressora suficiente para o registro do ciclo no compartimento próprio. Realizar a troca se necessário;
- Certificar se o equipamento encontra-se pronto para uso observando a mensagem que aparece no visor do mesmo (Opção dos 3 tipos de ciclos). Caso contrário, inserir o Vaprox;
- Verificar a data de validade do Vaprox e as condições da embalagem;
- Antes de iniciar o ciclo com carga, realizar o ciclo "Teste de vazamento" sem carga;

- Selecionar o material a ser esterilizado;
- Calçar as luvas de procedimento;
- Inspecionar o material quanto à integridade, limpeza e ausência de água. Caso o material estejamolhado, utilizar o jato de ar comprimido para secagem;
- Realizar o empacotamento do artigo em Tyvek ou SMS de acordo com os POP CME 003;
- No caso do uso do SMS, o pacote deverá ser fechado com a fita adesiva própria;
- Temperatura de selagem para o tyvek: 120 a 125°C;
- Usar IB + IQ no 1º ciclo;
- Usar apenas o IQ nos demais ciclos;
- Posicionar o pacote contendo o teste no fundo da pratileira inferior da câmara de esterilização (averiguarse não há pacotes obstruindo o IB);
- Acomodar toda a carga dentro do equipamento, sem empilhar (lado à lado) para que o peróxido possacircular livremente;
- Respeitar os 80% de lotação da câmara para se evitar cancelamentos;
- Fechar a porta do equipamento;
- Programar o ciclo de acordo com o tipo de material, sendo:
- Lúmen (Carga que contenha material canulado – Látex);
- Não Lúmen (Esterilizar apenas superfície – Caneta cautério);
- Flexível (Endoscópio flexível de até 2 canais).
- Anotar os artigos que compõem a carga na planilha de registro de esterilização durante o transcorrer dociclo, determinando a quantidade;
- Aguardar a finalização do ciclo quando então soará um alarme indicando que o processo foi concluído;
- Retirar o relatório emitido pelo equipamento ao final do ciclo (impresso em preto), anexando- o à planilhade registro de esterilização;
- Higienizar as mãos;
- Abrir a porta;

- Retirar os artigos de dentro do equipamento, certificando que o indicador químico presente naembalagem alterou a sua cor de roxo para amarelo;
- Acondicionar os materiais em sacos plásticos;
- Fechar a porta do equipamento;
- Realizar a leitura do teste químico em tira que acompanhou a carga. O mesmo deverá alterar a sua cor de roxo para amarelo;
- Anexar a tira de indicador no impresso próprio, informando o resultado da leitura;
- No caso de pacote teste com indicador biológico, a ampola deverá ser incubada por um período de 24 horas a uma temperatura de 58°C. Deverá também uma ampola piloto (que não passou pelo equipamento); ser incubada;
- Retirar o IB de dentro do Tyvek, colocar no dispositivo de cor laranja próprio para abaixar a tampa equebrar o IB e colocar para incubar.
- Registrar o resultado do teste biológico no impresso próprio, anexando ao mesmo os rótulos das duasampolas;
- Acondicionar todo o material processado na área de armazenamento e distribuição;
- Caso o equipamento venha apresentar algum problema durante o ciclo de esterilização toda a cargadeverár ser refeita em novas embalagens e novos testes;
- Comunicar o enfermeiro responsável qualquer falha no equipamento;
- Abrir ordem de serviço no sistema SISMETRO;

Autoclave a Vapor:

- Virar a chave fixa liga / desliga na região frontal do equipamento,
- Verificar o nível de água da osmose reversa;
- Abrir a porta da câmara;
- Verificar a limpeza da câmara de processamento;
- Realizar o carregamento adequado das autoclaves para garantir a passagem do vaporesterilizante nospacotes cirúrgicos;
- Ocupar somente 80% da câmara da autoclave;
- Separar as cargas de acordo com a classificação dos materiais;
- Selecionar um dos três tipos de programação do equipamento:

1. Programa 1: Pacotes - orienta-se a esterilização de pacotes diversos como campos operatórios,aventais, caixas e bandejas, materiais pesados (materiais de densidade);

2. Programa 2: Látex: onde são esterilizados todos materiais termossensíveis, delicados, látex, furadeiras, manetes de foco, pinças avulsas (materiais de superfície), copos do lactário, etc.;

3. Programa 6: Bowie Dick: ciclo próprio para realização do teste de Bowie Dick;

- Lavar as mãos;
- Utilizar gorro e máscara para manuseio dos pacotes;
- Carregar a autoclave inspecionando cada pacote antes do acondicionamento no rack/ cesto daautoclave, avaliando integridade dos mesmos e selagem adequada;
- Dispor os pacotes de modo vertical para facilitar a entrada e a circulação do vapor esterilizante nospacotes favorecendo a secagem;
- Dispor os pacotes em grau cirúrgico de forma a ficar a posição de filme transparente paralela a filmetransparente e papel paralelo ao papel;
- Registrar em impresso próprio toda a carga realizada na autoclave anotando:
- Data/ Número da autoclave/ Lote/ Número do código da carga/ Quantidade/ Nome do material/ Hora do início do processo/ Assinatura e carimbo do funcionário que fechou a carga/ Assinatura e carimbo do funcionário que armazenou os materiais no arsenal;
- O número do código da carga que é pedido na planilha faz referência a qual programa da autoclave é realizado no momento daquela carga. Na própria planilha existe a legenda dos 3 possíveis códigos (POP CME 020-: Elaboração de lotes das Autoclaves e Termodesinfectora).
- Na segunda carga do dia e em todas as cargas que contenham implantes colocar na porta da autoclave, próximo ao dreno, um pacote de Teste Biológico, além do pacotede teste desafio com integrador químico classe 5 com lote e data da carga;
- Fechar a porta da câmara da autoclave e em caso de algum obstáculo automaticamente o fechamento éinterompido evitando que ocorra acidentes tido de esmagamento;
- Na retirada dos materiais após o término do ciclo de esterilização utilizar EPIs: máscara, gorro, luvas de proteção térmica para evitar queimaduras durante o descarregamento da câmara do autoclave;
- Realizar os devidos registros e lavar as mãos;

- Comunicar ao enfermeiro responsável qualquer falha no processo de esterilização para providenciarmanutenção corretiva das mesmas.

Lupa:

- Verificar disponibilidade da tomada 110v;
- Apertar botão de liga /desliga;
- Verificar luminosidade esta adequada;
- Realizar limpeza do equipamento com alcool à 70 %;
- Comunicar falhas no aparelho ao enfermeiro responsável;
- Solicitar manutenção no sistema SISMETRO para reparos do equipamento.

Seladora de pacotes:

- Verificar disponibilidade da tomada 110v;
- Verificar integridade do fio da tomada;
- Apertar botão de liga /desliga;
- Realizar limpeza do equipamento com alcool à 70 %;
- Verificar se o aparelho esta selando os pacotes corretamente não deixando falhas de entrada de ar;
- Comunicar falhas no aparelho ao enfermeiro responsável;
- Solicitar manutenção no sistema SISMETRO para reparos no equipamento.

IV. Siglas e Definições

EPI: Equipamento de proteção individual

SCIH: Serviço de Controle de Infecção Hospitalar

IB: Indicador Biológico;

IQ: Indicador Químico;

POP: Procedimento Operacional Padrão;

CME: Central de Material e Esterilização.

V. Anexos

N.A

VI. Referências

N.A

POP CC 001 - ADMISSÃO DO CLIENTE NO CENTRO CIRÚRGICO - SRPA

I. Objetivos

Receber o cliente no Centro Cirúrgico, devidamente preparado para procedimento a ser realizado, Conferir nome, documentação, exames e prontuário. Manter segurança e conforto do paciente.

II. Materiais

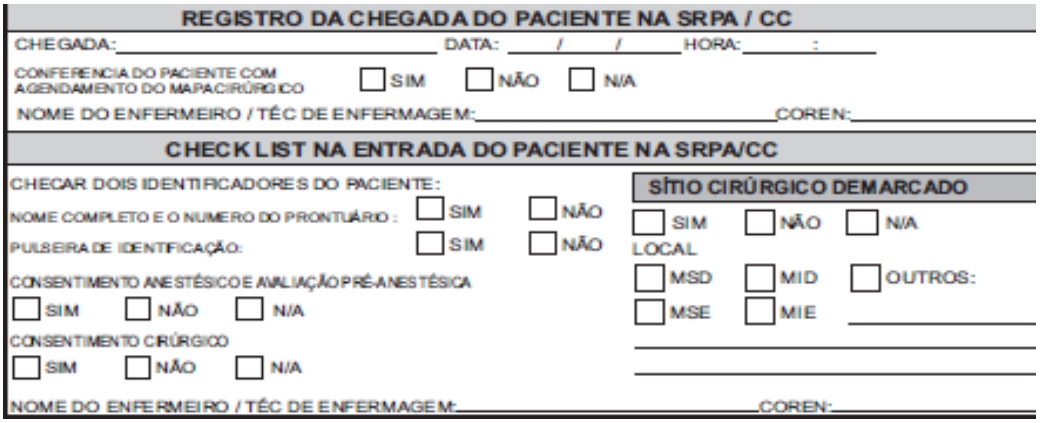
- Prontuário;
- Mapa cirúrgico;
- Livro de registro (Censo do Centro cirúrgico);
- Caneta esferográfica;

III. Descrição dos passos da atividade

- O cliente é solicitado aos setores previamente ao procedimento a ser realizado conforme agendamento no mapa cirúrgico e ou orientação do cirurgião pelo técnico de enfermagem da SRPA;
- Quando solicitado o encaminhamento do cliente oriundo das unidades de internação, o mesmo é acompanhado pelo técnico de enfermagem com prontuário e já vestido com pijama cirúrgico e sem adornos até a SRPA;
- Quando solicitado diretamente das recepções o mesmo é encaminhado pela recepcionista com prontuário e pulseira de identificação. Nestes casos, o cliente é encaminho até o banheiro do bloco para colocar o pijama cirúrgico;
- Quando o cliente é solictado nas UTI, o mesmo é acompanhado pela equipe do setor e inclusive o enfermeiro, caso necessário com médico plantonista e ou anestesiologista, o mesmo é encaminhado diretamente para SO com prontuários e exames;
- O cliente é recepcionado no bloco cirúrgico cordialmente pelo

técnico de enfermagem da SRPA, que irá se identificar com nome e cargo deixando-o confortável;

- O técnico de enfermagem responsável deverá conferir: nome, prontuário, exames, cirurgião, procedimento, horário e sala específica conforme mapa cirúrgico;
- Verificar se o cliente está com pulseira de identificação, caso não esteja providenciar sua identificação;
- Registrar no livro de censo a admissão do paciente através da etiqueta de identificação;
- Checar os procedimentos pré-cirúrgicos (jejum, uso de próteses, adornos e alergias - em caso de alergia comunicar ao circulante de sala e ao médico responsável, checando na ficha de enfermagem);
- Preencher o protocolo de cirurgia segura;



REGISTRO DA CHEGADA DO PACIENTE NA SRPA / CC

CHEGADA:_____ DATA: ____/____/_____ HORA:_____:_____

CONFERENCIA DO PACIENTE COM AGENDAMENTO DO MAPA CIRÚRGICO ☐ SIM ☐ NÃO ☐ N/A

NOME DO ENFERMEIRO / TÉC DE ENFERMAGEM:_____ COREN:_____

CHECK LIST NA ENTRADA DO PACIENTE NA SRPA/CC

CHECAR DOIS IDENTIFICADORES DO PACIENTE:

NOME COMPLETO E O NUMERO DO PRONTUÁRIO: ☐ SIM ☐ NÃO

PULSEIRA DE IDENTIFICAÇÃO: ☐ SIM ☐ NÃO

CONSENTIMENTO ANESTÉSICO E AVALIAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA

☐ SIM ☐ NÃO ☐ N/A

CONSENTIMENTO CIRÚRGICO

☐ SIM ☐ NÃO ☐ N/A

SÍTIO CIRÚRGICO DEMARCADO

☐ SIM ☐ NÃO ☐ N/A

LOCAL

☐ MSD ☐ MID ☐ OUTROS:

☐ MSE ☐ MIE _____

NOME DO ENFERMEIRO / TÉC DE ENFERMAGEM:_____ COREN:_____

- Acondicionar pertences do paciente, identificando-os e guardá-los em local próprio;
- Verificar as condições da sala. Se a S.O estiver pronta, encaminhar o paciente para a sala em maca de transporte e ou cadeira de rodas. Caso ainda não esteja pronta, aguardar na SRPA até que a mesmaesteja devidamente preparada para o inicio do procedimento; Manter paciente informado e confortável.

IV.Siglas e Definições

SRPA - Sala de Recuperação Pós Anestésica.

SO - Sala Operatória

V. Anexos

N.A

VI.Referências

N.A

POP CC 002 - ATENDIMENTO DO PACIENTE NO PERÍODO TRANS-OPERATÓRIO

I. Objetivos

Manter organização da sala cirúrgica, disponibilizar todos materiais e equipamentos necessários para realização do procedimento proposto, afim de assegurar que as necessidades dos pacientes sejam atendidas com respeito, segurança, agilidade e presteza.

II. Materiais

- Prontuário;
- Materiais esterilizados;
- Mesa cirúrgica;
- Mesas auxiliares
- Carrinho de anestesia
- Aparelho de foco;
- Monitor multiparâmetros com acessórios;
- Kits cirúrgicos;
- Materiais para intubação;
- Impressos;
- Materiais de papelaria;
- OPME;
- Caneta para quadro.

III. Descrição dos passos da atividade

- O técnico de enfermagem deverá realizar o check list SO diariamente antes de iniciar suas atividades noCC.
- Disponibilizar mobiliário e equipamentos de acordo com procedimento programado;
- Posicionar equipamentos móveis (suporte para soros, baldes para lixo, suporte de hampers, etc.);
- Testar a funcionalidade de equipamentos e disponibilidade de materiais (Monitores/ cabos, pontos de O2,vácuo,negatoscópio, etc.);
- Verificar os artigos do carrinho a anestesia (material para intubação, esfignomanômetro,

estetocópio clínico,etc.), material de via aérea disponível;

- Verificar a funcionabilidade dos materiais e equipamentos especiais (bisturi elétrico, carrinho de video, foco de teto, etc.);
- O técnico de enfermagem do bloco cirúrgico deverá preparar a sala com todos os materiais necessários ao procedimento agendado, verificar liberação de OPME na farmácia satélite e encaminhar para SO juntamente com kit de cirurgia;
- Providenciar materiais específicos para cirurgia programada (soluções, pomadas, material para curativo, medicamentos, instrumental, etc.), inclusive os especiais (cirurgias ortopédicas, cardíacas, etc.) deixando-os em local de fácil acesso;
- Verificar condições de limpeza da sala;
- Observar segurança da sala como posicionamento de fios e chão molhado;
- Ajustar a temperatura da sala (entre 18°C e 22°C);
- Observar se todos os cuidados pré-cirúrgicos relacionados ao procedimento foram devidamente realizados, como a administração de medicamentos pré-anestésicos (avaliando inclusive os seus efeitos) e preparo do local (tricotomia), jejum adequado, dentre outros;
- Atentar para a presença e a necessidade de retirar esmalte dos dedos, adornos, brincos, cordões e pulseiras ou próteses dentárias, que normalmente são retirados antes do paciente deixar a unidade de origem com destino ao centro cirúrgico;
- Colocar no paciente gorro e vestimenta adequado;
- Manter uma recepção calma, tranquila que traga segurança ao paciente;
- Observar o comportamento do paciente: confiança, ansiedade, melancolia, insegurança, agressividade, etc.
- O paciente será conduzido para a SO pelo técnico de enfermagem, após a montagem completa, em maca própria e ou cadeira de rodas, com os devidos cuidados com sondas, drenos e cateteres (se houver algum previamente à cirurgia), mantendo as condições de segurança durante o transporte;
- Confirmar os dados no prontuário e com o paciente ou acompanhante, verificar a pulseira de identificação, confirmar o jejum e verificar se o paciente retirou adornos, próteses e órteses;
- Colocar o paciente em decúbito dorsal horizontal, mantendo o alinhamento corporal em posição anatômica; atentar para a posição dos membros superiores (MMSS), para que não haja hiperextensão, afim de evitar lesão no pós operatório. É recomendável apoiar os membros em braçadeiras e fixá-los com faixas de segurança, visando a não compressão das estruturas dos MMSS;

- Realizar a primeira fase da lista de verificação de segurança de cirurgia antes da indução anestésica (sig in), segundo recomendação da Organização Mindial de Saúde (OMS), e de acordo com Protocolo de Cirurgia Segura;
- Auxiliar na monitoração do paciente, instalando oxímetro de pulso, monitor cardíaco, aparelho de pressão não invasiva ou outro dispositivo recomendado;
- Colaborar com o anestesiologista na punção do acesso venoso periférico ou central, na infusão venosa, na indução anestésica e no fornecimento de materiais, de acordo com a anestesia proposta;
- Auxiliar na oxigenação do paciente, antes da indução anestésica, por meio da colocação de máscara com oxigênio, estabelecida pelo anestesiologista;
- Nunca deixar paciente sozinho;
- Caso esteja sozinho na sala, iniciar o auxílio à paramentação da equipe cirúrgica e à montagem de mesade instrumentais somente depois que o paciente estiver anestesiado;
- Se houver necessidade de sondagem vesical de demora, realizá-la, preferencialmente, depois que o paciente estiver anestesiado e antes de sua colocação em posição cirúrgica;
- Sendo recomendado e necessário, realizar tricotomia em local do sítio cirúrgico, utilizando, de preferência, tricotomizador elétrico;
- Após a anestesia, ajudar a colocar o paciente na posição cirurgica recomendada, de acordo com o procedimento cirúrgico, com a ajuda das equipes de anestesia e cirurgia, utilizando técnicas adequadas;
- Colocar placa dispersiva do bisturi elétrico em local apropriado, em área de grande massa muscular, que permita aderência total da placa e sempre o mais próximo possível da incisão, do mesmo lado, distante de proeminências ósseas, porém com cuidado para que a placa não seja molhada. Se necessário, pode- se fazer tricotomia da região para garantir aderência adequada da placa;
- Auxiliar a equipe na paramentação cirúrgica, assegurando a manutenção de técnicas assépticas;
- Iniciar a abertura dos pacotes em sequência lógica, com técnica asséptica;
- Confira o integrador químico interno, juntamente com o instrumentador e/ou cirurgião-assistente,imediatamente após a abertura do material;
- Colocar soluções antissépticas, medicações, soros ou outros líquidos em cúpulas, cubas rin e baciasestéreis na mesa do instrumentador, sempre seguindo técnica asséptica;
- Auxiliar formação da tenda;
- Ajustar os focos de luz sobre o campo operatório;

- Ligar o bisturi elétrico e conectá-lo ao fio da placa dispersiva;
- Conectar a extremidade da extensão da borracha estéril, fornecida pelo instrumentador, á extensão do aspirador elétrico ou à vácuo e ligá-lo;
- Aproximar os hampers e os lixos da equipe, para desprezar compressas sujas, gazes, embalagens descartáveis e outros objetos. Recomenda-se iniciar a segregação do lixo segundo seu tipo, em SO, considerando que a maioria do lixo produzido na sala cirúrgica não é infectante, a exemplo das embalagens;
- Ficar atento às solicitações da equipe e ao funcionamento dos aparelhos durante todo o procedimento;
- Realizar contagem das compressas utilizadas nas cirurgias com abertura de cavidades, agulhas e gazes na cirurgias específicas e demais procedimentos, conforme avaliação do enfermeiro e da equipe cirúrgica;
- Manter a sala em ordem, após o ínicio da cirurgia e ao longo de todo o procedimento, realizando a limpeza operatória, quando preciso, e retirando o excesso de lixo e/ou roupas após revisadas;
- Preencher os impressos, como folhas tal como protocolo de cirurgia segura, relatando intercorrências, medicações e infusões utilizadas, ínicio e término do procedimento anestésico-cirúrgico, conforme protocolo da instituição.Todos os medicamentos utilizados deverão ser separados suas embalagens com código de barra para posteriormente confirmação no sistema para lançamento na conta do pacientee rastreabilidade dos mesmos;
- Anotar em ficha de protocolo de cirurgia segura hora de entrada do paciente em SO e a hora correta da infusão de antibiotico;
- Evitar sair da sala durante o processo anestésico-cirúrgico;
- Ao final do procedimento cirúrgico, auxiliar a equipe nos curativos, fornecendo material específico,como atadura de crepe, algodão ortopédico, coletores, adesivos apropriados e proceder à fixação de drenos e cateteres;
- Realizar a terceira e última fase da lista de verificação de segurança em cirurgia antes da saída do paciente da SO, segundo recomendação da OMS, e de acordo com Protocolo de Cirurgia Segura;
- Desligar focos de luz e equipamentos, afastando-os com cuidado com a mesa cirúrgica;
- Retirar campos e instrumentais cirúrgicos que estejam sobre o paciente, utilizando sempre os EPI's, como luvas de procedimentos e óculos de proteção;
- Auxiliar equipe cirúrgica na retirada dos aventais ao término do procedimento, o que deve ser feito só depois que forem recolhidos os instrumentais que estiverem sobre o paciente;
- Remover campos e lençõis úmidos de cima do paciente, checando se não há instrumentos

esquecidos entre os tecidos, antes de encaminá-los para a lavanderia;

- Remover o excesso de antisséptico, sangue e secreções da pele do paciente, promovendo limpeza adequada, com o uso de compressa limpa e úmida em água morna, para prevenir hipotermia;
- Auxiliar o anestesiologista na reversão da anestesia e retirar monitoração do paciente, após a avaliação do médico anestesista;
- Identificar soluçõe com etique apropriada, frasco de drenos como de torax com volume de selo d'agua e data, acessos com data e nome do profissional que realizou, bolsa coletora de sonda data número da sonda, profissional e volume infudido no balonete.
- Transportar o paciente da mesa cirúrgica para a maca, com ajuda de outros profissionais, cuidando para que infusões, curativos, sondas e drenos não sejam tracionados;
- Organizar o prontuário com impressos, pertences e exames e encaminhá-lo juntamente com o paciente para a Sala de Recuperação Pós Anestésica (SRPA), Unidade Terapia Intensiva (UTI) ou outra unidade;
- Passar o paciente para equipe de enfermagem da SRPA relatando de forma clara e objetiva o acontecimento durante o procedimento cirurgico e cuidados necessarios;
- Lava/higienizar as mãos;
- Retornar à sala, a fim de iniciar a desmontagem e remontagem do proximo procedimento cirugico.

IV. Siglas e Definições

OPME: Òrteses, próteses e materiais especiais;

SO: Sala operatória;

UTI: Unidade de terapia intensiva;

SRPA: Sala de recuperação pós anestésica;

EPIs: Equipamentos de proteção individual;

OMS: Organização mundial da Saúde.

V. Anexos



Atendimento ao paciente (Momento transoperatório)

VI. Referências

Matriz de Risco.

MEKER, Margareth Huth; HOTHROCK, Jane C.. Alexsander: Cuidados de Enfermagem ao Paciente Cirúrgico.

10. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1997. 1250 p.

Práticas recomendadas Sobecc, 6ª edição 2013.

POP CC 003 – CONTAGEM DE COMPRESSAS E GAZE4S NO CHEK OUT DA SALA CIRÚRGICA

I. Objetivos

Garantir a segurança e a qualidade do atendimento prestado ao cliente/paciente após término do ato cirúrgico realizando a conferência do número de compressas e gazes utilizadas no check out do protocolo de cirurgia segura.

II. Materiais

- Gazes e compressas;
- Impresso – Protocolo de CirurgiaSegura;
- Caneta esferográfica;
- Hamper;
- EPI'S

III. Descrição dos passos da atividade

- A conferência/contagem de compressas é realizada para cirurgias com abertura de cavidades (por ex.,laparotomias exploradora, retossigmoidectomias, toracotomias, etc);
- A conferência/contagem de gazes é realizada somente em cirurgiasvideolaparoscópicas;
- Solicitar ao instrumentador ou auxiliar da cirurgia a contagem prévia do número de gazes abertas (unidades) na mesa cirúrgica e anotar no quadro de cirurgia segura.
- Antes do fechamento no peritônio realizar novamente a conferência das mesmas;
- Confirmar com o instrumentador e/ou cirurgião eregistrar;
- Antes do início de cada procedimento, contar quantas compressas estão sobre a mesa cirúrgica e campooperatório e anotar no quadro de cirurgia segura;
- Abrir sempre os pacotes com número igual de compressas (por ex., 5 ou 6 compressas);
- Reservar os pacotes vazios na bancada da sala operatória, durante todo o ato cirúrgico;
- Registrar corretamente o número de compressas abertos na ficha de consumo e no protocolo de cirurgia segura;

- Solicitar à equipe cirúrgica que as compressas utilizadas sejam devolvidas rigorosamente no hamper específico, de forma a facilitar a contagemfinal;
- Ao término da cirurgia, quando o cirurgião solicitar o 1° fio para sutura, chamar a atenção da equipe cirúrgica, e em voz alta e clara, contar o número compressas e gazes utilizados e comparar de forma a confirmar o número de compressas abertas já assinaladas no quadro de cirurgia segura;
- Colocar um pano no chão da sala e despejar todo o conteúdo do hamper sobre o pano;
- Calçar luvas de procedimento;
- Com uma pinça grande, dar início a contagem das compressas retornando as mesmas para o hamper;
- Informar ao cirurgião a contagem e solicitar confirmação;
- Realizar check out do Protocolo de Cirurgia Segura, registrando no impresso padronizado o número decompressas;
- Continuar ao atendimento da sala.

IV. Siglas e DefiniçõesN. A

V. Anexos

N. A

VI. Referências

Matriz de Risco.
Prática Recomendadas SOBECC _- 4ª edição, 2007;
Segundo desafio global para segurança do paciente: cirurgia segura salvam vidas (orientações para cirurgia segura da Organização Mundial da Saúde (OMS); Ministério da Saúde; Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2009.

POP CC 004 – SOLICITAÇÃO DE OPME

I. Objetivos

- Descrever os procedimentos para o agendamento de cirurgias esolicitação de OPME necessário para sua realização.
- Prover o material específico para o procedimento agendado previamente.

II. Materiais

- Computador;
- Impressora;
- Espelho de marcação da cirurgia via sistema;
- Sistema de marcação eletrônico;
- Material de papelaria,
- Impresso padronizado de solicitação de material.

III. Descrição dos passos da atividade

- O assistente administrativo responsável pelo agendamento de procedimentos deverá perguntar ao médico no ato da marcação da cirurgia a necessidade de providenciar OPME;
- Pedidos de OPME´s que necessitem de liberação do Diretor Administrativo devem ser feitos com prazo máximo de 72horas de antecedência ao procedimento;
- Solicitações de materiais não padronizados na instituição possuem o mesmo prazo (72 horas) para solicitação. Em caso de dúvida, comunicar o enfermeiro do setor;
- Realizar a solicitação de materiais em formulário preenchido.

corretamente constando dia da cirurgia, nome do paciente,cirurgião, procedimento, data de solicitação e assinatura do enfermeiro do centro cirúrgico. Para materiais já padronizados e liberados de acordo com agendamento prévio, encaminhar para farmácia satélite;

- Materiais que necessitem de aprovação do Diretor Administrativo: encaminhar para setor de compras o formulário preenchido corretamente constando dia da cirurgia, nome do paciente,

cirurgião, procedimento, data de solicitação e assinatura do enfermeiro do centro cirúrgico e em anexo a justificativa escrita pelo médico, denominando a real necessidade do material;

- Conferir, diariamente a liberação dos materiais, comunicando à SRPA e enfermeiro responsável quando o mapa cirúrgico ainda não estiver impresso, anotar no campo de observação os materiais que estão liberados;
- Investigar a liberação de OPME após envio de solicitação para DiretorAdministrativo e setor de Compras;
- Comunicar ao cirurgião a não liberação do material com antescedência;
- O Técnico de enfermagem da SRPA deverá confirmar a liberação echecar o material, antes de chamar ou buscar o cliente para S.O (liberação com almoxarifado, checagem com farmácia e CME);
- O enfermeiro deverá orientar a equipe de enfermagem quando da utilização do material especial, registrar na folha de gasto de sala e grampear invólucro do OPME;
- Anotar no pedido lote e série do material;
- Anotar equipamentos necessários, verificando sua disponibilidade;
- Anotar nome, número, tipo, firma e quantidade na ficha de sala;
- Grampear na ficha de consumo de materiais a identificação dos materiais utilizados;
- Separar todo material, instrumentais consignados após cirurgia encaminhando ao expurgo da CME, para lavar e preparar se necessário;
- Fazer devolução de sobras na farmácia imediatamente o término do procedimento e comunicar aoenfermeiro;
- Encaminhar materiais reutilizáveis para CME, identificados para lavar e reprocessar no óxido de etileno.
- Observação: Nos casos de cirurgia de urgência, necessitar de OPME. O técnico de enfermagem deverá preencher o formulário padronizado de Solicitação de Material Especial;
- O enfermeiro irá assinar a solicitação e após a confirmação do uso, fixar as etiquetas de lote e série;
- No dia seguinte encaminhar o formulário ao setor de Compras;
- Em cirurgias de urgência que o médico cirurgião solicite OPME nãopadronizado durante o período operatório, o enfermeiro iráconfirmar a real necessidade do material com o cirurgião;

- Durante o período diurno, o enfermeiro deverá solicitar ao setor de Compras a requisição de tal material, de acordo com o horário de funcionamento do mesmo;
- Após o horário de funcionamento, nos finais de semana e no período noturno, o enfermeiro deverá entrar em contato com o Diretor Administrativo e/ou Gerente Administrativo e solicitar autorização para que se possa providenciar o material em instituição parceira (plano de contingência);
- Após autorização do Diretor Administrativo e/ou Gerente Administrativo, solicitar motoboy para busca do material na instituição parceira;
- O enfermeiro assinará a solicitação e após a confirmação do uso, fixar as etiquetas de lote e série.

IV. Siglas e Definições

OPME - Órteses e próteses de Materiais Especiais

SRPA - Sala de Recuperação Pós Anestésica

SO - Sala de Operação

CME - Central de Material Esterilizado

V. Anexos

N.A

VI. Referências

N.A

POP CC 005 – CHECK LIST DE MATERIAIS E EQUIPAMENTOS

I. Objetivos

Manter equipamentos em condições de uso, manusear corretamente o equipamento e manter materiais limpos e bem acondicionados. Zelar pelo bom funcionamento de cada equipamento. Garantir a segurançado cliente.

II. Materiais

☐ Equipamentos em geral;

☐ Check list de sala cirúrgica

☐ Caneta esferográfica.

III. Descrição dos passos da atividade

☐ No inicio do plantão, o técnico de enfermagem responsável pela SO deverá conferir se em cadasala cirúrgica contém um kit de laringoscópio com lâminas ecabo;

☐ Verificar se os kits estão completos com lâminas de nº 3, 4 e 5 e mais um cabo adulto com 2 pilhas;

☐ Testar lâminas uma a uma;

☐ Verificar se a iluminação da lâmina está adequada para intubação o cliente;

☐ Caso falte algum material, comunicar o enfermeiro deplantão;

☐ Após a intubação do cliente, realizar desinfecção de cada lâmina com clorexidina degermantesendo retirado com água corrente e em seguida álcool a 70%;

☐ Cada lâmina deve ser coberta com plástico insulfilme/ e ou colocadas no pode adeguado, para evitarcontaminação contendo a data de desinfecção e validade;

☐ O cliente só poderá ser encaminhado para sala de operação após verificação da funcionalidade dos equipamentos (verificar todos os dias e registrar em check list de sala cirúrgica);

☐ O técnico de enfermagem deverá tomar o cuidado com seguintes equipamentos:

<u>APARELHO DE BISTURI ELÉTRICO</u>:

☐ Providenciar equipamento adequado ao procedimento;

☐ Pequeno porte: Bisturi simples (SS200A);

☐ Alta complexidade: Bisturi de maior potência (SS501);

☐ Verificar voltagem 110 v;

☐ Testar o equipamentoconectando placa e acionando pedal;

☐ Providenciar placa adequada (Descartável: procedimentos de longa duração ou alta potência, pacientes idosos, posicionamento difícil, crianças ou de metal: procedimentos simples, de pequeno porte);

☐ Qualquer alarme disparado tem que ser verificado e comunicar aoenfermeiro;

☐ Verificar condições da pele;

☐ Posicionar a placa confirmando com o médico responsável pelo procedimento a localização adeguada daplaca:

☐ Limpar e secar região;

☐ Escolher região com maior musculatura, longe de proeminências ósseas, e sem pêlos;

☐ Realizar tricotomia em presença de pêlos;

☐ Manter a placa o mais próximo do procedimento e do mesmo lado;

☐ Ao utilizar a placa rígida favor aplicar gel condutor no local;

☐ Verificar conexões de placa e caneta;

☐ Durante o procedimento, verificar posição da placa, se houver deslocamento, se estiver molhada,reposicionar;

☐ Proteger proeminências ósseas,membros em contato com metais da mesa;

☐ Observar pacientes com marcapasso, posicionando a placa do lado contrário e mais distante;

☐ Eletrodos devem ficar longe do contato da placa.

FOCO CIRÚRGICO DE TETO:

- Verificar se as lâmpadas de cada foco está ligando corretamente ;
- Em caso de mau funcionamento comunicar ao enfermeiro de plantão, para que o mesmo solicitemanutenção;
- Realizar a desindecção com álcool 70% após o término de cada procedimento operatório, se necessárioa utilização de água oxigenada para retirada de efluentes sanguíneos ;

MESAS CIRÚRGICAS:

☐ Verificar sempre tipo de procedimento com mesa adequada;

☐ Verificar peças e suportes necessários ao posicionamento dopaciente;

☐ Testar posições e comandos das mesas, uma vez ao dia e/ou antes de cada procedimento;

☐ Limpar a mesa cirúrgica após cada procedimento com álcool 70%. Na presença de secreções e sangue, realizar desinfecção com clorexedina degermante mais álcool a 70%, a cada procedimento;

☐ Remanejar mesas conforme necessidade doserviço;

☐ Comunicar ao enfermeiro qualquer eventualidade e necessidade de consertos;

☐ A conferência de funcionalidade dos equipamentos do centro cirúrgico é realizada diariamente através de registro check list de S.O e SRPA pelos técnicos de enfermagem;

☐ Em caso de falha em equipamentos o colaborador deverá comunicar imediatamente ao enfermeiroresponsável;

☐ O enfermeiro deverá solicitar reparo e ou manutenção corretiva através do sistema S I S M E T R O (ferramenta que permite o acompanhamento da manutenção e avaliação do serviço prestado).

APARELHO DE CARDIOVERSÃO:

☐ Verificar se o aparelho está ligado à tomada 110v;

☐ Teste do aparelho:

☐ Pressionar o botão liga/desliga;

☐ Apertar a carga desejada no painel doaparelho;

☐ Pressionar carregar no painel do aparelho;

☐ Aguardar o aparelho carregar e emitir um som;

☐ Quando este terminar, sinal de que está pronto para ser utilizado;

☐ Retirar as pás do aparelho;

☐ Pressionar as pás sobre o aparelho no local indicado;

☐ Apertar os botões que ficam na ponta do cabo de cada par no mesmo tempo;

☐ Verificar se a luz de teste piscou;

☐ Desligar o aparelho no botão liga/desliga;

☐ Registrar no Check list de utilização do cardioversor que o mesmo está em perfeito funcionamento.

APARELHO DE ANESTESIA / MONITOR:

☐ No inicio do plantão, o técnico de enfermagem responsável pela anestesia/ tec: circulante de sala, deverá conferir se em cada sala cirúrgica o aparelho de anestesia esta montado corretamente;

☐ Verificar se o aparelho está ligado à tomada 110v;

☐ Conferir se as traquéias estão em número suficientes;

☐ Verificar se a bolsa ventilatória esta disponível;

☐ Conferir se o monitor multiparâmetros esta ligando corretamente ;

☐ Checar se todos os componente do monitor estão disponíveis ;

☐ Verificar se os cabos do monitor não estão dobrados, acotovelados, desencapados com exposição de fios metálicos à amostra;

☐ O médico anestesiologista / residente realizará o teste do aparelho de anestesia diariamente às 07:00 horas, verificando a sua funcionalidade;

IV. Siglas e Definições

SRPA: Sala de Recuperação Pós- anestésica. SO: Sala Operatória

V. Anexo

N.A

VI. Referências

N.A

POP CC 006 – REGISTRO E ENCAMINHAMENTO DE PEÇAS PARA ANATOMOPATOLÓGICA E EXAMES

I. Objetivos

☐ Registrar e acondicionar adequadamente os materiais;

☐ Encaminhar corretamente as peças anatômicas; Comunicar intercorrências;

☐ Não extravio de materiais;

☐ Realizar pedido adequado aos exames;

II. Materiais

☐ Potes para acondicionamento das peças;

☐ Livro de registro de anatomopatológico;

☐ Livro de envio de peças anatômicas;

☐ Caneta esferográfica

III. Descrição dos passos da atividade

- Durante o atendimento ao cliente cirúrgico no transoperatório, o técnico de enfermagem deverá questionar ao cirurgião sobre aprevisão de peças anatômicas;
- Perguntar o número de peças e tipos de exames que serão solicitados;
- Se líquido: para encaminhar para citologia oncótica, anatomopatológico e peças que necessitam de congelação encaminhar para o Laboratório Santa Casa, após solicitação prévia do motoboy para realizar o transporte (Nos casos de congelação, comunicar ao Laboratório Santa Casa, sobre hora da marcação da cirurgia e durante a retirada da peça com uma hora de antecedência). Se líquido e pedido de antibiograma e cultura serão

encaminhados para o Laboratório Ascispes;

- Para peças sólidas: providenciar potes/frascos compatíveis com tamanho das peças patológicas (as peças não podem ser apertadas, espremidas, cortadas e devem ficar totalmente imersas em formol);
- Colocar a peça no frasco;
- Identificar com nome do paciente, cirurgião e data (etiqueta), nome da peça e nº do frasco (caso tenhamais de um);
- Colocar formol de maneira a imergir toda a peça;
- Tampar o pote / frasco;
- Vedar a tampa do pote com fita adesiva transparente;
- Enumerar cada frasco de acordo com a descrição de cada peça;
- Confirmar com cirurgião o descritivo correto da peça anatômica;
- Conferir a quantidade de peças corretamente no pedido de acordo com os frascos;
- Registrar a conferência das peças e identificação adequada no check out de sala cirúrgica de acordo com o Protocolo de Cirurgia Segura;
- Armazenar em armário próprio juntamente com pedido, anotar no livro de registro de anatomopatológico;

Líquidos:

- Colocar em frasco/pote esterilizado;
- Identificar com nome do paciente, cirurgião e dada (etiqueta), nome da peça e nº do frasco (caso tenhamais de um);
- Encaminhar para geladeira do centro cirúrgico;
- Encaminhar o pedido para armário de peças, anotando no livro de

registro de anatomopatológico;

- Deixar um aviso que há líquido na geladeira no pedido;
- Comunicar imediatamente ao laboratório Acispes no caso de líquido;
- Fora do horário, deixar líquido na geladeira e pedido no armário de peças, protocolado e com aviso delíquido na geladeira;
- Solicitar ao cirurgião preencher o pedido de exame do laboratório em duas vias e o de anatomopatológicoem três vias;
- O pedido de anatomopatológico para Laboratório Santa Casa, são encaminhadas com as 2 (duas)primeiras vias do pedido juntamente com a peça, a terceira via fica no prontuário do cliente;
- Colar etiqueta de identificação do paciente nas três vias;
- Exames de sangue:
- Colher em tubo específico, segundo orientação do laboratório;
- Identificar tubo com o nome paciente completo e número deprontuário;
- Solicitar o médico que preencha pedido de exame em duas vias, assinado e carimbado;
- Chamar laboratório imediatamente;
- Em casos de pedidos de urgência comunicar o laboratório a necessidade da priorização na realização dosexames solicitados;
- O laboratório Ascispes deverá liberar os resultados via sistema e/outelefone.

IV. Siglas e Definições

N/A

V. Anexos

N.A

VI. Referências

N.A

POP CC 007 – AMPUTAÇÕES CIRÚRGICAS DE MEMBROS

I. Objetivos

Padronizar o processo de atendimento ao paciente que necessita de intervenção cirúrgica para amputação de membros e normatizar destino dos membros amputados.

II. Materiais

- Materiais de papelaria;
- Impresso de autorização para amputação de membro;
- Termo de autorização para sepultamento de membro.

III. Descrição dos passos da atividade

- Ao receber o paciente na SRPA o técnico de enfermagem deverá conferir prontuário do paciente junto com a existência do formulário corretamente preenchido com a autorização de amputação do membro;
- Na sala cirúrgica, o circulante deverá solicitar ao médico que preencha corretamente o impresso de autorização de sepultamento do membro em duas vias;
- Oferecer na mesa estéril saco plástico para acondicionamento domembro;
- Providenciar caixa adequada ao tamanho do membro amputado identificando-a com nome docliente;
- Atender a sala, conforme rotina;
- Ao término do procedimento proceder da seguinte forma:
- Não deixar que o cliente visualize o membro amputado;
- Acondicionar o membro amputado, colando por fora uma via (original) da solicitação desepultamento;
- Anexar a segunda via no prontuário;
- Enviar à recepção através de formulário de comunicação padronizado preenchido corretamente sobre o envio para o

necrotério/capela mortuária a peça, via notificação comimpresso próprio;

- Pegar chave do necrotério junto a recepção principal;
- Comunicar ao enfermeiro do plantão sobre o envio da peça aonecrotério;
- Continuar o atendimento na sala cirúrgica conforme rotina.

IV. Siglas e Definições

SRPA: Sala de Recuperação Pós Anestésica

V. Anexos

N.A

VI. Referências

N.A

POP CC 008 – ASSISTÊNCIA AO CLIENTE NO PÓS OPERATÓRIO IMEDIATO

I. Objetivo

Monitorar possíveis complicações intervindo prontamente com a equipe multidisciplinar, afim de promover maior segurança do cliente no pós operatório imediato.

II. Materiais

- Macas;
- Monitores multiparâmetros;
- Boletim pós anestésico;
- Caneta esferográfica;
- Biombos;
- Termômetro;
- Protocolo de Cirurgia Segura;

III. Descrição

- Encaminhar a maca ou cadeira de rodas à sala operatória ao termino do procedimento ou quando solicitado;
- Auxiliar a extubação do paciente em caso de anestesia geral;
- Identificar soluções, acessos e drenos;
- Auxiliar na passagem da mesa para maca ou cadeira de rodas;
- Auxiliar no transporte do cliente para SRPA;
- Solicitar e receber informações sobre paciente e cirurgia;
- Passar orientações aos colaboradores da SRPA;
- Monitorizar e identificar o cliente na SRPA;
- Registrar os sinais vitais na hora da chegada e na saída da SRPA;
- Investigar sinais de desconforto respiratório;
- Monitorar freqüência cardíaca e pressão arterial, saturação, nível de consciência e dor;
- Manter vias aéreas permeáveis;

- Instalação oxigênio se oximetria periférica<92%;
- Ensinar o paciente a tossir de forma eficaz, quando necessário;
- Aspirar vias aéreas superiores quando necessário;
- Avaliar coloração e umidade da pele;
- Monitorar a temperatura do paciente e do ambiente;
- Promover conforto e aquecimento;
- Comunicar valores de temperatura axilar abaixo de 35°C
- Manter o paciente em posição confortável;
- Elevar a cabeceira da maca em 30º, quando puder ser realizado;
- Avaliar leito daincisão cirúrgica e sítiode inserção de cateteres(dor,calor,rubor e edema);
- Verificar condições do curativo (sangramento), mantedo os integros;
- Verificar fixação de sondas e drenos;
- Observar drenos, sondas abertas e pérvias;
- Anotar débitos de drenos e sondas quando necessário/e ou esvaziamento de coletores;
- Avaliar o estado mental e nível de consciência do paciente;
- Conter o paciente, se necessário;
- Observar dor, náuseas e vômitos e comunicar anestesiologista;
- Administrar analgésicos, antitérmicos e antibióticos conforme prescriçãomédica;
- Orientar o paciente a lateralizar a cabeça em caso de náuseas e vômitos;
- Observar sinais de retenção urinária,como queixas do paciente de dificuldade de urinar, dor e abaulamento em região suprapúbica e ausência de diurese espontânea;
- Em caso de retenção, comunicar ao enfermeiro ou anestesiologista;
- Observar e avaliar acessos periférico e central, não estando pérvio ou apresentando sinais flogisticos, após conferencia da prescrição médica e necessidade de administração de medicações venosas, providenciar novo acesso periférico. Comunicar ao anestesiologista e ao enfermeiro em caso de acesso central.

- Observar, comunicar e anotar alterações como hipotensão ou hipertensão, bradicardia e taquicardia,dificuldadesrespiratóriasnaficha de intercorrências na SRPA;

- Em caso de permanência de pacientes na SRPA,realizar medicações conforme prescrição;

- Registrar no formulário de intercorrências pós anestésica: horário de chegada e saída se foi transferido paraUTI sem reserva préviae se houve agravosno pós operatório imediato.

- Ouvir e valorizar queixas, comunicar ao anestesiologista;

- Medicar conforme prescrição do anestesiologista;

- Solicitar presença do anestesiologista sempre que julgar necessário;

- Manter o paciente confortável,aquecido,tranquilo,ser atencioso e solicito asuas queixas;

- Após 60 minutos de permanência do paciente na SRPA,avaliar condições (índice da tabela de Aldret Kroelik) e solicitar avaliação do anestesiologista para liberação;

- Confirmar com anestesiologista liberação do paciente,após avaliação do mesmo;

- Providenciar transporte para unidade origem e todos os materiais necessário para transporte seguro, oxigênio caso necessário e monitorizar no transporte em caso de paciente encaminhados para UTI;

- Atentar para o enfermeiro, médico cirurgião ou anestesiologista acompanhem a transferência do paciente crítico para a UTI.

IV. Siglas e Definições

SRPA - Sala de Recuperação Pós AnestésicaUTI - Unidade Terapia Intensiva

V. Anexos

NA.

VI. Referências

MEKER, Margareth Huth; HOTHROCK, Jane C.. Alexsander: Cuidados de Enfermagem ao Paciente Cirúrgico.

10. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1997. 1250 p. http://www.fasb.edu.br/congresso/trabalhos/AENF17.10.pdf.

POP CC 009 – ALTA DO CLIENTE DO CENTRO CIRÚRGICO – SRPA

I. Objetivos

Promover a liberação do paciente com segurança, agilizando o processo de alta, minimizando seu tempo depermanência na SRPA.

II. Materiais

- Prontuário;
- Livro de registro de Censo do Centro cirúrgico;
- Cadeira de rodas;
- Maca;
- Caneta esferográfica.

III. Descrição dos passos da atividade

- Conferir prontuário, fichas preenchidas eassinadas;
- Avaliar tempo e condições do paciente(2 hora após procedimento), estável, acordado, lúcido, sem queixas de dor e náuseas, caso haja algum dos sinais ou sintomas registrar em campo do protocolo de cirurgiasegura;
- Verificar os sinais vitais e registrar em campo do protocolo de cirurgia segura;
- Avaliar estado geral do cliente;
- Solicitar liberação do paciente ao anestesiologista mediante assinatura do Boletim Pós Anestésico;
- Fazer as devidas evoluções e anotações, conferir exames,protocolando-os;
- Comunicar ao setor de destino do paciente antes de encaminhá-lo, para que haja conferência e preparo de leito;Retirar monitorização do paciente, mantendo-o confortável e coberto;
- Organizar prontuário, conferindo novamente, juntamente com exames, solicitação de antimicrobiano, registrar horário de saída da SRPA no impresso de protocolo de cirurgia segura;
- Registrar no livro de censo o horário, data e destino do paciente;
- Transportar paciente para devido setor e auxiliar na passagem para leito,se necessário;
- Entregar os exames e pertences através de protocolo e solicitar assinatura legível de quem recebeu e assinarquem esta entregando os exames;

- Retornar com maca, suportes, coxins, travesseiro ao Centro Cirúrgico, providenciar limpeza dos mesmos;

- Todos pacientes que realizam procedimentos ambulatoriais no bloco cirúrgico, submetidos a anestesia geral e ou sedação, a alta é assinada pelo anestesiologista, em casos de anestesia local o cliente poderá ser liberado pelo próprio cirurgião;

- Nos casos de alta do bloco cirúrgico diretamente para casa, o cliente deverá ser orientado pelo médico sobre os cuidados necessários relacionados ao procedimento realizado e possíveis retorno no ambulatório;

- O transporte do cliente será realizado em cadeira de rodas com o sumário de alta hospitalar em duas vias assinado pelo médico responsável;

- O cliente só poderá ser liberado na presença de um acompanhante ou responsável;

- Apresentar o sumário na recepção,aguardar o carimbo da recepção e retornar com uma das vias, anexando-a no prontuário.

IV. Siglas eDefinições

SRPA – Sala de Recuperação Pós Anestésica.

V. Anexos

N.A.

VI. Referências

N.A.

POP CC 010 – COMUNICAÇÃO DO STATUS DO PACIENTE CIRÚRGICO

I. Objetivo

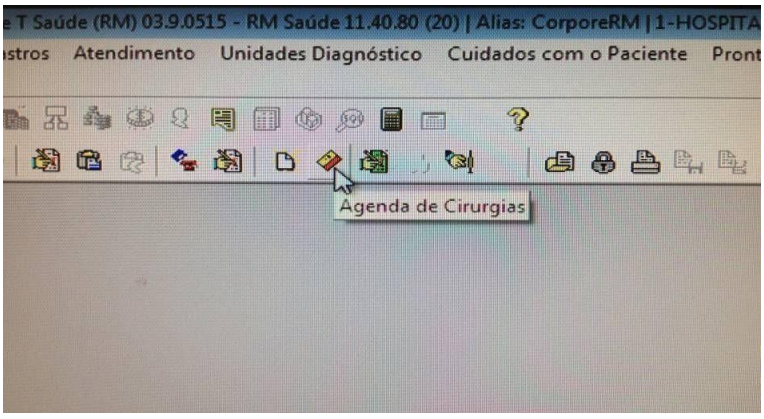
Normatizar as informações geradas pelo centro cirúrgico sobre cada momento em que o paciente é atendido no Perioperatório (Status), com a Recepção afim de minimizar as ligações para o bloco.

II. Materiais

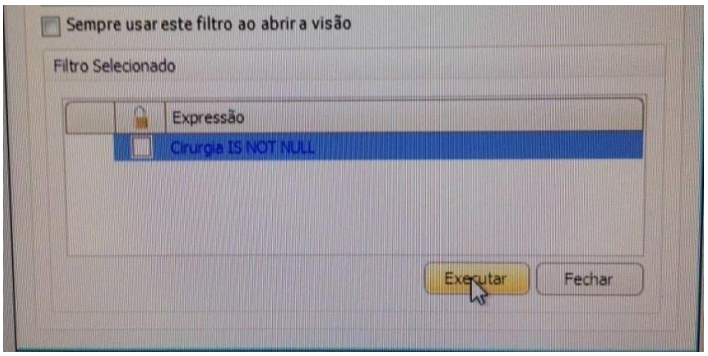
- Prontuário;
- Computador;
- Sistema (Agenda de cirurgias).

III. Descrição

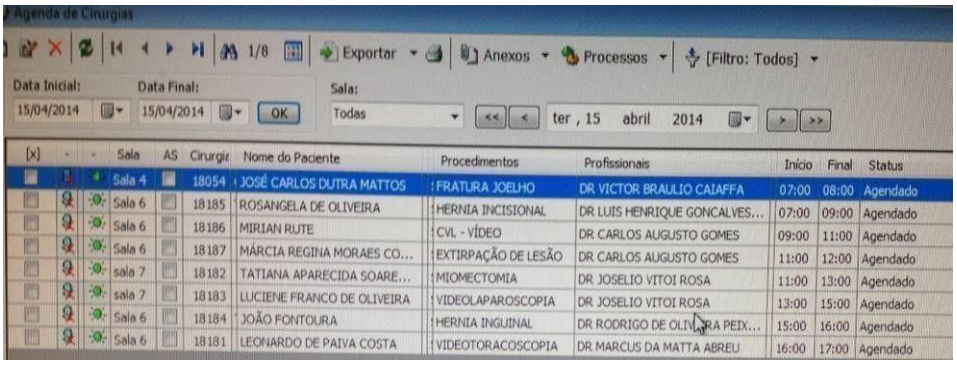
- O técnico de enfermagem ao receber o paciente na SRPA tanto no pré quanto no pós operatório ira acessar a agenda de cirurgias no sistema;
- Realizar Login no sistema;



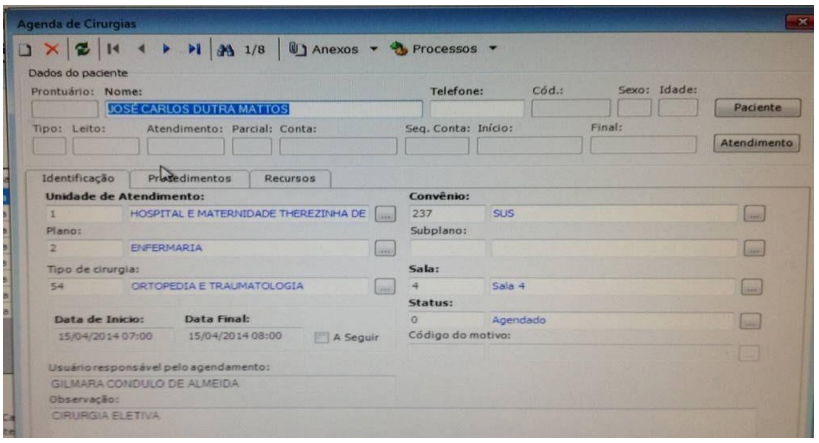
- Clicar em Agenda de cirurgias;
- Selecionar 'todos';
- Clicar em 'Executar';



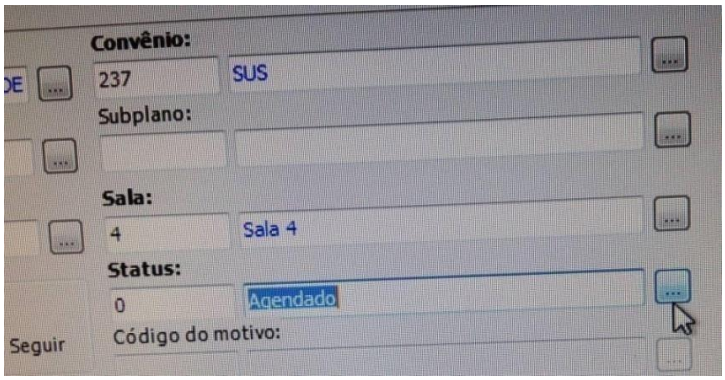
- Selecionar o pacientedesejado;
- Em casos deurgências e ou procedimentos ambulatoriais em que o paciente não conste na agenda de cirurgias o técnico deverá inclui-lo;

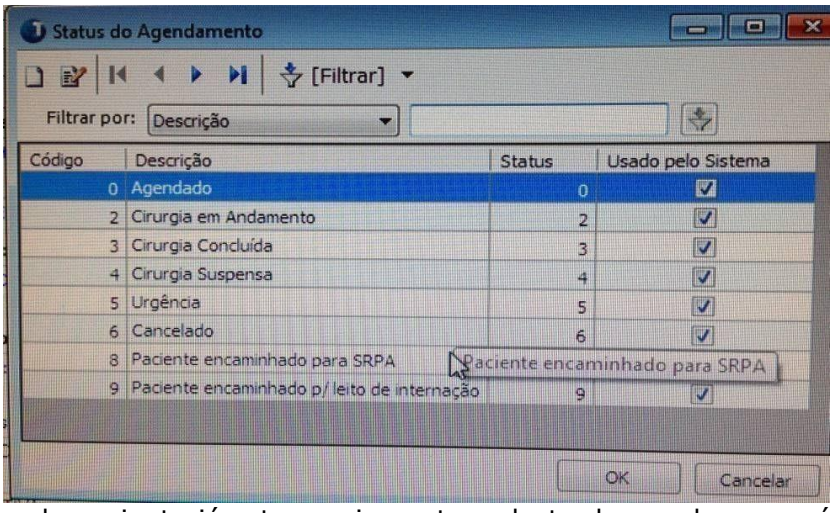


- Para alterar o status, dar dois cliques com o botão esquerdo;
- Aparecerá a ficha de identificação dopaciente conformefigura abaixo:



- Em seguida,clicar no retângulo com"reticências",selecionara descriçãodesejada;





- O status do paciente já esta previamente cadastrado, sendo necessário apenas selecionar o momento em que o paciente se encontra no bloco e clicar em ok;
- Clicar em salvar ok novamente;
- Retornar à tela inicial da Agenda Cirúrgica para visualizar o status alterado;
- Este procedimento de registo do status do paciente no bloco cirúrgico, foi elaborado para minimizar as ligações da Recepção solicitando informações sobre o paciente, mas não substitui totalmente a necessidade do contato para confirmações dasmesmas;
- Nos casos em que paciente internou na data da cirurgia e não estiver com acompanhante na SRPA o centro cirúrgico mantém a rotina de ligar para Recepção antes de encaminhar o paciente para o leito de destino. Paciente que não possuir leito previamente reservado, o técnico da SRPA deverá solicitar liberação de leito junto ao setor de gerenciamento de leitos.

IV. Siglas e Definições

SRPA: Sala de Recuperação Anestésica;

V. Anexos

NA.

VI. Referências

NA

POP CC 011 – CHECK LIST DE MATERIAIS E EQUIPAMENTOS NO CENTRO CIRÚRGICO

I. Objetivos

Manter equipamentos em condições de uso, manusear corretamente o equipamento e manter materiaislimpos e bem acondicionados.
Zelar pelo bom funcionameto de cada equipamento. Garantir a segurança do cliente.

II. Materiais

- Equipamentos em geral;
- Check list de sala cirúrgica e SRPA;
- Caneta esferográfica.

III. Descrição dos passos da atividade

- No inicio do plantão, o técnico de enfermagem responsável pela anestesia deverá conferir se emcada sala cirúrgica contém um kit de laringoscópio com lâminas e cabo;
- Verificar se os kits estão completos com lâminas de nº 4, 3 e 2 e mais um cabo adulto com 2 pilhas;
- Testar lâminas uma a uma;
- Verificar se a iluminação da lâmina está adequada para intubar o cliente;
- Testar pilhas;
- Caso falte algum material, comunicar o enfermeiro de plantão;
- Após a intubação de o cliente realizar desinfecção de cada lâmina com água e sabão neutro e emseguida, passar álcool a 70%;
- Cada lâmina deve ser coberta com plástico insulfilme para evitar contaminação;
- O cliente só poderá ser encaminhado para sala de operação após verificação da funcionalidade dos equipamentos (verificar todos os dias e registrar em check list de sala cirúrgica);

O técnico de enfermagem deverá tomar o cuidado com seguintes equipamentos:

APARELHO DE BISTURI ELÉTRICO:

- Providenciar equipamento adequado ao procedimento;
- Pequeno porte: Bisturi simples (SS200A);

- Alta complexidade: Bisturi de maior potência (SS501);
- Verificar voltagem;
- Testar o equipamento conectando placa e acionando pedal;
- Providenciar placa adequada (Descartável: procedimentos de longa duração ou alta potência, pacientes idosos, posicionamento difícil, crianças ou de metal: procedimentos simples, de pequeno porte);
- Qualquer alarme disparado tem que ser verificado e ser comunicar ao enfermeiro;
- Verificar condições da pele;
- Posicionar a placa:
- Limpar e secar região;
- Escolher região com maior musculatura, longe de proeminências ósseas, e sem pêlos;
- Realizar tricotomia em presença de pêlos;
- Manter a placa o mais próximo do procedimento e do mesmo lado;
- Verificar conexões de placa e caneta;
- Durante o procedimento, verificar posição da placa, se houver deslocamento, se estiver molhada,reposicionar;;
- Proteger proeminências ósseas, membros em contato com metais da mesa;
- Observar pacientes com marcapasso, posicionando a placa do lado contrário e mais distante;
- Eletrodos devem ficar longe do contato da placa.

INTENSIFICADOR DE IMAGENS:

Composto de: ampolas de RX, fonte de imagem e impressora.

- Comunicar ao setor de Radiologia a necessidade de utilização do intensificador de imagens;
- O técnico do RX deverá transportá-lo com cuidado, não bater com ampolas;
- Verificar voltagem 220 v, tomadas a ligar;
- Não tracionar os cabos;
- Conectar cabo branco das ampolas à fonte antes de ligar;
- Posicionar com cuidado com partes estéreis;
- Usar capote de chumbo + protetor de tireóide como proteção para RX;
- Após uso, limpar com álcool 70%, água e sabão, se necessário (presença de secreções e

sangue);

- Guardar no devido lugar, juntamente com acessórios;
- Comunicar ao enfermeiro qualquer intercorrência.

MESAS CIRÚRGICAS:

- Verificar sempre tipo de procedimento com mesa adequada;
- Usar suporte de urologia na mesa reta;
- Verificar peças e suportes necessários ao posicionamento do paciente;
- Testar posições e comandos das mesas, uma vez ao dia e/ou antes de cada procedimento;
- Limpar a mesa cirúrgica após cada procedimento com água e sabão. Na presença de secreções esangue, realizar desinfecção com álcool a 70%, a cada procedimento;
- Remanejar mesas conforme necessidade do serviço;
- Comunicar ao enfermeiro qualquer eventualidade e necessidade de consertos;
- A conferência de funcionabilidade dos equipamentos do centro cirúrgico é realizada diariamenteatravés de registro check list de S.O e SRPA pelos técnicos de enfermagem;
- Em caso de falha em equipamentos o colaborador deverá comunicar imediatamente ao enfermeiroresponsável;
- O enfermeiro deverá solicitar reparo e ou manutenção corretiva através do sistema.

APARELHO DE CARDIOVERSÃO:

- Verificar se o aparelho está ligado à tomada 110v;
- Teste do aparelho:
- Pressionar o botão liga/desliga;
- Apertar a carga desejada no painel do aparelho;
- Pressionar carregar no painel do aparelho;
- Aguardar o aparelho carregar e emitir um som;
- Quando este terminar, sinal de que está pronto para ser utilizado;
- Retirar as pás do aparelho;
- Pressionar as pás sobre o aparelho no local indicado;
- Apertar os botões que ficam na ponta do cabo de cada par no mesmo tempo;

- Verificar se a luz de teste piscou;
- Desligar o aparelho no botão liga/desliga;
- Registrar no mapa de utilização do cardioversor (pasta de arquivos gerenciais situado no armário da SRPA) que o mesmo está em perfeito funcionamento.

MOTOR DA MANTA TÉRMICA:

- Verificar se o aparelho está ligado à tomada 220v;
- Testar o Motor;
- Pressionar o botão liga/desliga;
- Apertar a temperatura desejada no painel do aparelho;
- Verificar se o aparelho atingiu a temperatura desejada;
- Colocar a Manta Térmica sobre o paciente;
- Conectar o ponteira sanfonada do motor na manta térmica;
- Fixar a parte sanfonada da ponteira na mesa cirúrgica para que a mesma não bata no chão causando danos ao sensor interno da mesma.
- Ao término do procedimento cirúrgico, aguardar até que o médico anestesiologista solicite o
- desligamento no motor, para que não ocorra o risco de hipotermia do cliente no POI.
- Retirar toda a manta termina do cliente;
- Apertar o botão de desligamento do motor,
- Aguardar até que o motor esfrie automaticamente;
- Retirar o motor da tomada 220v;
- Colocar o motor na sala de quadra de equipamentos.
- Em caso de falha em equipamentos o colaborador deverá comunicar imediatamente ao enfermeiro responsável

APARELHO DE CIRCULAÇÃO EXTRA CORPÓREA (CEC)

- Somente o perfusionista poderár manusear este aparelho;
- Posicionar o aparelho de CEC junto a mesa cirúrgica;
- Vreificar se o aparelho esta conectado na tomada 220 v;
- Realizar todos os testes funcionais do aparelho, antes do início do procedimento;

- Verificar se todos os OPME estão disponíveis na sala cirúrgica conforme procedimento programado;
- Montar as maqueiras (conexões) que serão utilizados no procedimento cirúrgico usando técnicaasseptica;
- Deixar caixa térmica com gelo na sala cirúrgica;
- Ligar misturadores;
- Marcar hora de início da perfusão;
- Comunicar equipe médica qualquel alteração com o aparelho durante a utilização do mesmo;
- Realizar a limpeza do maquinário ao término do procediemnto;
- Desligar da tomada 220v;
- Guarda o equipamento em local destinado;
- Comunicar ao enfermeiro responsável qualque problema com o equipamento.

FOCO AUXILIAR

- Posicionar o parelho próximo a mesa cirúrgica afim de proporcionar melho luminisidade;
- Ligar o aparelho em tomada com a voltagem adequada;
- Verificar se as lâmpadas estão ascendendo;
- Colocar mante esterilizada no foco afin de direcionar cupula conforme necessidade;
- Ao término retirar a manete da cúpula;
- Realizar a limpeza do foco;
- Desligar o aparelho no botão liga/desliga;
- Guardar em local destinado.

IV. Siglas e Definições

SRPA: Sala de Recuperação Pós- anestésica.
OPME: Orteses, Proteses e Materiais Necessarios.
CEC: Circulação Extra Corporea.

V. Anexos

N.A

VI. Referências

N.A

POP CC 012 – POSICIONAMENTO DO PACIENTE PARA CIRURGIA COM MEDIDAS DE CONTENÇÃO E PREVENÇÃO DE LESÃO

I. Objetivos

Assistir adequadamente o paciente no posicionamento para realização de procedimentos cirúrgicos, bem como medidas de contenção, orientando e padronizando; Posicionar o cliente coretamente para realizar procedimentos cirúrgico seguro e bem sucedído; Proporcionar a exposição e o acesso com segurança do sítio cirúrgico, mantendo o alinhamento corporal; Manter as funções circulatórias e respiratórias; Proteger a integridade neuromuscular e cutânea possibilitando o acesso a punção venosa e aparelhos de suporte de anestesia; Promover com qualidade e propriedade o atendimento em cirurgias prolongadas minimizando o surgimento deLesão por pressão (LPP), e suas particularidades.

II. Materiais

- Luvas de procedimento;
- Mesa cirúrgica
- Rolos;
- Coxins;
- Travesseiros;
- Cobertor (S/N);
- Instrumentais;
- Prontuário eletrônico;
- Fita adesiva e esparadrapo;

III. Descrição dos passos da atividade

A equipe deverá sempre:

Confirmar a identificação correta do paciente;

Realizar o protocolo de cirurgia segura e a escala de ELPO;

Atentar-se para realização dos procedimentos zelando pelos cuidados de prevenção de quedas e de Lesão por pressão e de pele (LPP);

O profissional de enfermagem que está lidando com paciente na sala cirúrgica deverá juntamente com a equipe multiprofissional auxiliar no pocissionamento do cliente na mesa cirúrgica, após a indução anestésica.

I: Escala de ELPO:

A Escala de Avaliação de Risco para Desenvolvimento de Lesões Decorrentes doPosicionamento Cirúrgico tem como objetivo nortear a prática clínica do enfermeiro, auxiliando-o na tomada de decisão sobre o cuidado do paciente durante o posicionamento no procedimento.

A aplicação da escala favorece a avaliação clínica e/ou cirúrgica individualizada com implantação de medidas preventivas relacionadas com a prevenção de ocorrência de lesões cutâneas durante o período intraoperatório.

O enfermeiro assistencial orienta o atendimento do paciente, considerando a pontuação da escala de ELPO, as varáveis dos cuidados de Enfermagem, comorbidades, entre outros fatores.

A autonomia do enfermeiro assistencial relacionado a avaliação e a conduta paraprevenção de lesões cutâneas é garantida, reforçando a competência técnica, cuidado individualizado e segurança perioperatória. Ainda, reforça-se que a prevenção de eventos adversos relacionados com as lesões cutâneas é responsabilidade da equipe multidisciplinar. A escala de ELPO possui sete itens e cinco subitens com pontuação que varia deum a cinco pontos e pontuação total de sete a 35 pontos. Quanto maior o escore em que o paciente é classificado maior o risco de desenvolvimento de lesões decorrentes do posicionamento cirúrgico.

Para facilitar ainda mais a sua utilização foi proposta uma nota de corte, definida estatisticamente, logo, pacientes com escore acima de 19 indicam uma situação de maior risco.

Assim, acreditamos que o protocolo de lesão por pressão possa otimizar as ações de prevenção de danos aos pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos, principalmente aqueles com duração acima de 4 horas.

II: Descrição das posições:

I 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 distenção 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 e preciso muita atenção para não ocorrer a compressão dos membros.

✓ Proteger a cabeça do paciente com rodilha ou travesseiro apropriado.



II. Decúbito ventral ou Prona:

✓ 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 protegera 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 livrepara 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.



III. Posição sentada ou Fowler:

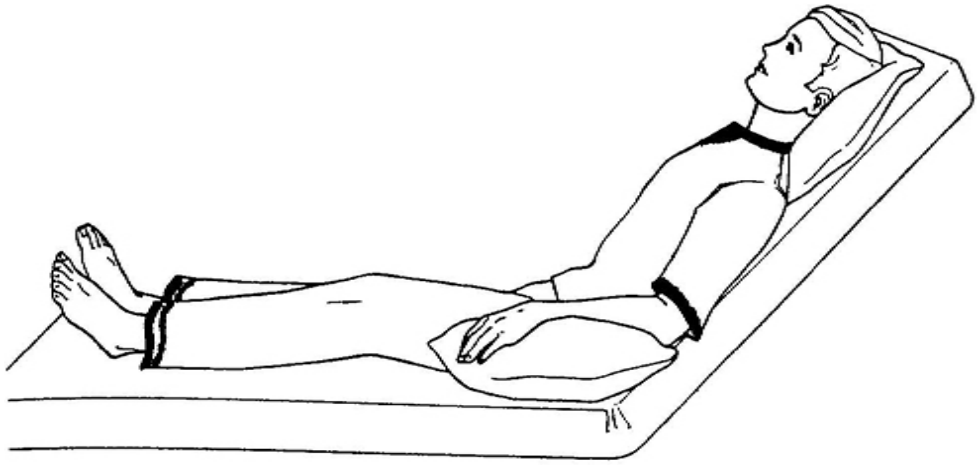
✓ Após a anestesia ajustar a mesa a posição, tendo cuidado de apoiar a cabeça do paciente comrodilha ou apoio próprio, fazendo a contenção da cabeça.

✓ Ajustar os braços em uma posição confortável, nas braçadeiras.

✓ Colocar travesseiros ou almofada sob a nádega, rodilhas de compressa sob os calcanhares.

✓ Fixar o tubo endotraqueal.

✓ Proteger os olhos.

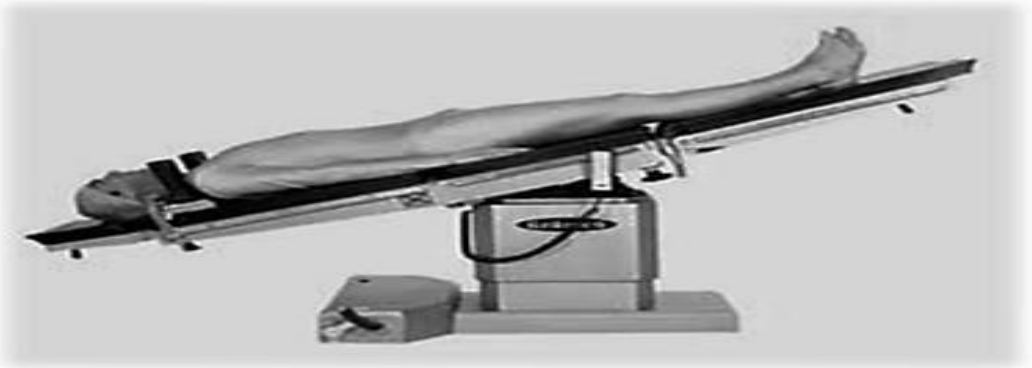


IV. Posição de trendelemburg:

✓ 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 prevenirhipotensão.



V. **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.

✓ Alcochoar quadril e nadegas para amenizar compressão.

✓ Abrir os braços sobre as braçadeiras forradas e conte-los para não cair.

✓ OBS:Ao fim da cirurgia ao retirar as pernas do paciente para retorno a posição original é necessário aviso prévio ao anestesista e massagem nas panturrilhas.



VI Posição renal:

✓ Posicionar o paciente em decúbito lateral, sobre o lado oposto ao do procedimento,com as costaspróxima ao bordo da mesa.

✓ Flexionar a perna inferior, com a superior sobre ela estendida e entre elas travesseiros, campos e oulençóis, prevenindo compressão circulatória.

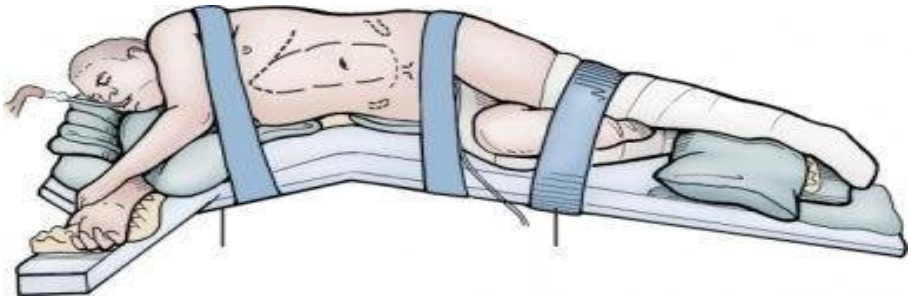
✓ Apoiar os braços em suportes duplos, acolchoando a região da axila para aliviar pressão do plexo.

✓ Elevar o segmento pilet da mesa correspondente a região renal ou colocar um coxim que deverá servistoriado 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 troco para estabilização.



VII Posição de jackknife (canivete):

✓ Deitar o paciente de bruços com a cabeça lateralizada sobre rodilha para não comprimir a orelha.

✓ Posicionar a pelve sobre a junção inferior a mesa.

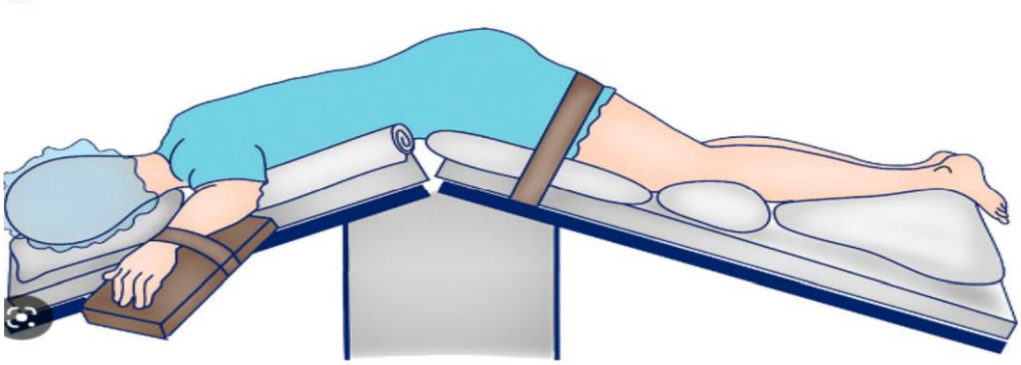
✓ Repousar os quadris do paciente sobre travesseiro ou coxim (de acordo com o cirurgião) quebrandoo segmento da mesa correspondente aos mesmos em até 90 graus.

✓ Inclinar toda a mesa para baixo mantendo os quadris elevados.

✓ Afastar as nádegas com tiras de esparadrapos fixadas nas laterais da mesa.

✓ Braçadeiras invertidas para a parte da frente da mesa para o apoio dos braços.

✓ Coxim sob os tornozelos ,coxins na laterais do torax e ombros para evitar a compressão do torax.



VIII Posição lateral ou de sims:

✓ Seguir os três primeniros itens 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



POSIÇÃO SIMS

IX Posição proclive:

- ✓ Todos os cuidados da posição trendelenburg;
- ✓ Colocar faixas de contenção para evitar quedas.

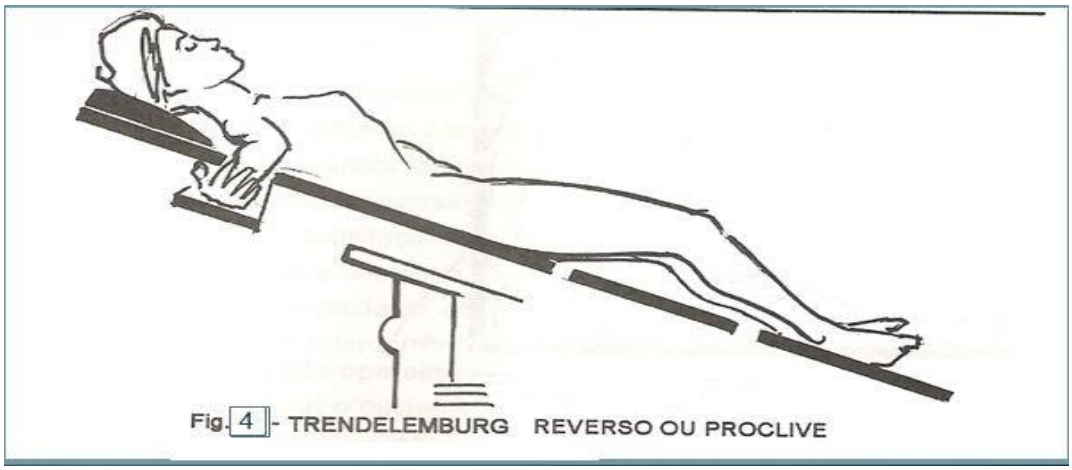


Fig. 4 - TRENDELEMBURG REVERSO OU PROCLIVE

IV. Siglas e Definições

N.A

ESCORE ITENS	5	4	3	2	1
TIPO DE POSIÇÃO CIRÚRGICA	Litotômica	Prona	Trendelemburg	Lateral	Supina
TEMPO DE CIRURGIA	Acima de 6h	Acima de 4h até 6 horas	Acima de 2h até 4 horas	Acima de 1h até 2h	Até 1 h
TIPO DE ANESTESIA	Geral + regional	Geral	Regional	Sedação	Local
SUPERFÍCIE DE SUPORTE	Sem uso de superfície de suporte **ou** suportes rígidos sem acolchoamento **ou** perneiras estreitas	Colchão da mesa cirúrgica de espuma (convencional) + coxins feitos de campos de algodão	Colchão da mesa cirúrgica de espuma (convencional) + coxins de espuma	Colchão da mesa cirúrgica de espuma (convencional) + coxins viscoelástico	Colchão da mesa cirúrgica de viscoelástico + coxins de viscoelástico
POSIÇÃO DOS MEMBROS	Elevação dos joelhos > 90° e abertura dos membros inferiores> 90° **ou** abertura dos membros superiores > 90°	Elevação dos joelhos > 90° **ou** abertura dos membros inferiores > 90°	Elevação dos joelhos < 90° e abertura dos membros inferiores < 90° **ou** pescoço sem alinhamento mento-esternal	Abertura dos membros superiores <90°	Posição Anatômica
	Lesão por				

COMORBIDADES	pressão **ou** neuropatia previamente diagnosticada **ou** trombose venosa profunda	Obesidade **ou** desnutrição	Diabetes mellitus	Doença vascular	Sem comorbidades
IDADE DO PACIENTE	> 80 anos	Entre 70 e 79 anos	Entre 60 e 69 anos	Entre 40 e 59 anos	Entre 18 e 39 anos
Total					

V. Anexos

NA.

VI. Referências

1- 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.

2- Menezes S, Rodrigues, R, Tranquada, R, Müller S, Gama K, Manso T. Lesões decorrentes do posicionamento para cirurgia: incidência e fatores de risco. Acta Med Port 2013 Jan-Feb;26(1):12-

3- 16. Disponível em:

4- <https://www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/viewFile/4006/3204> Acesso em: 14 jun 2019.

5- Conselho Federal de Enfermagem - COFEN. Escala criada por enfermeira avalia risco de lesão decorrente da posição da cirurgia, 2017. Disponível em: . Acesso em: 21 jan 2019

6- Organização Mundial da Saúde - OMS. Segundo desafio global para a segurança do paciente: Manual - cirurgias seguras salvam vidas (orientações para cirurgia segura da OMS) / Organização Mundial da 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, 2009.

10.2.3: ÁREA DA QUALIDADE TÉCNICA

IMPLEMENTAÇÃO DE SERVIÇOS E FUNCIONAMENTO DA EQUIPE INTERDISCIPLINAR

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

Introdução

Este Regimento Interno (RI) foi elaborado segundo as Normas do Conselho Federal de Serviço Social (CFSS), do Conselho Regional de Serviço Social (CRSS), bem como normas, políticas institucionais e procedimentos realizados por todos os membros que compõem o serviço da instituição.

CAPÍTULO I - DIRETRIZES ORGANIZACIONAIS

MISSÃO

~~Promover e prestar assistência a saúde, com excelência, contemplando programas~~ de ensino e pesquisa.

VISÃO - 2025

Ser referência Nacional, com Qualidade na assistência, gestão, ensino e pesquisa.

VALORES

ÉTICA

Agir com integridade, honestidade moral intelectual e com respeito à legislação vigente sob todos os aspectos.

QUALIDADE

Alcançar resultados consistentes gerando valor para as partes interessadas.

HUMANIZAÇÃO

Trabalhar com respeito, equidade, integralidade, dignidade, de forma universal.

INOVAÇÃO

Buscar continuamente tecnologias e métodos de trabalho inovadores.

SUSTENTABILIDADE

Agir de maneira ambientalmente correta, socialmente justa, economicamente viável, culturalmente aceita, e alinhando as ações com os objetivos de desenvolvimento da Instituição.

POLÍTICA DE QUALIDADE

Promover a qualidade, melhorando continuamente os processos para garantir a segurança e satisfação dospacientes.

CAPÍTULO II - DAS FINALIDADES E OBJETIVOS OBJETIVOS

O presente documento tem a missão de padronizar, organizar, orientar e documentar os meios de registros e gerenciamento do Serviço de Social englobando seu desenvolvimento alinhado às Diretrizes Organizacionais.

FINALIDADES

Art. 1º O Serviço Social tem por finalidades:

I. Desempenhar atividade profissional visando o enfrentamento das expressões da questão social, com atuação profissional em uma perspectiva totalizante a fim de viabilizar o acesso aos direitos e aos meios de exercê-lo, contribuindo para que as necessidades e interesses dos sujeitos sociais adquiram visibilidade na cena pública, afirmando o compromisso com os direitos e interesses dos usuários, na defesa da qualidade dos serviços sociais.

II. Promover o crescimento e desenvolvimento da Equipe do Serviço Social através do conhecimento técnico-científico, a fim de se atingir metas em excelência na qualidade dos serviços prestados, de forma humanizada e primando pela valorização do ser humano na sua integralidade, respeitando os princípios éticos com dedicação e compromisso;

III. Valorizar o profissional do Serviço Social, através de estratégias e programas voltados à educação permanente e a organização profissional;

IV. Desenvolver o seu processo de trabalho de forma participativa e interdependente.

CAPÍTULO III - DA POSIÇÃO

Art. 2º O Serviço Social do Hospital HERSO está vinculada ao Diretor Presidente.

CAPÍTULO IV - DA COMPOSIÇÃO

Art. 3º A equipe que compõe o Serviço de Social está assim classificado:

I. Assistente Social.

O quadro de pessoal do serviço fica estabelecido pelo base zero da unidade, instituído por meio de legislação referente ao serviço, boas práticas institucionais e valor orçamentário para custeio.

A descrição dos cargos, categorias profissionais e atribuições abaixo estão em conformidade com a legislação e as normas vigentes sendo Lei Nº 8.662/93 e Código de Ética do Assistente Social vigente. Os requisitos para cada função ficam estabelecidos no Perfil Estruturado por Competências (PEC) de cada cargo pelos sistemas Gestão por Competências (GCPEC) e Gestão da qualidade (SIGQUALI) paraconsultade todos os colaboradores.

Fica estabelecido **a todos** os Colaboradores do Serviço de Social as seguintes **competências organizacionais** bem como seus respectivos indicadores:

COMPETÊNCIA ORGANIZACIONAL		INDICADORES
HUMANIZAÇÃO	*Capacidade de conhecer o cliente, agir com empatia, valorizando suas necessidades, fornecendo soluções e tratamento que atendam e superem as suas expectativas.*	• Demonstra controle emocional e paciência no relacionamento com os outros e na condução de situações mais difíceis de trabalho. • Resolve as dúvidas e situações de atendimento ou encaminha as pessoas aos setores devidos, com uma atitude de acolhimento e interesse, mesmo quando não é solicitado.
COMPROMETIMENTO	*Capacidade de assumir a responsabilidade na busca pela resolução de problemas e condução de situações cotidianas, demonstrando interesse, dedicação e iniciativa na busca pelos melhores resultados, conforme a missão da instituição.*	• Dedica-se em seu trabalho com qualidade, cumprindo os prazos e as metas estabelecidas. • Atua na solução dos problemas, mesmo que tenham sido causados por outro profissional, demonstrando comprometimento com o seu trabalho na instituição.
ÉTICA	*Capacidade de agir de forma honesta e respeitosa, na sua conduta pessoal e profissional, com sigilo das informações, discrição nos comentários e coerência nas ações, com base em critérios justos e transparentes.*	• Tem uma postura respeitosa e íntegra, assumindo seus erros de forma transparente e colocando-se à disposição para corrigi-los prontamente. • Mantém sigilo e discrição das informações da instituição, pacientes e colegas de trabalho, não divulgando imagens e informações em ambiente interno, externo ou rede sociais.

Além da competência técnica referente à função:

COMPETÊNCIA TÉCNICA		INDICADORES
TÉCNICA	*Capacidade de colocar em prática conhecimentos técnicos e profissionais expressos nas Especificações do Cargo descritas no seu PEC.*	• Domina e utiliza as ferramentas de informática para gestão da sua área e equipe ou para a gestão do próprio trabalho. • Tem a formação acadêmica (Escolaridade – Ex.: Ensino Médio, Ensino Superior, etc.) adequada para o exercício do cargo que ocupa (conforme previsto no seu PEC). • Tem conhecimentos técnicos específicos da sua função e da sua área (contidos no PEC) para desempenhar suas atividades de forma tecnicamente competente.

E a todos os colaboradores que exercem o cargo de liderança de equipes as seguintes competências:

COMPETÊNCIA LIDERANÇA		INDICADORES
RESILIÊNCIA	*Capacidade de entender e agir proativamente frente a situações novas, aceitando as mudanças e buscando formas diferentes de obter resultados para as pessoas e também para a organização.*	• Mostra capacidade de se adequar às mudanças e de ser flexível, sem atitudes resistentes diante das divergências de opiniões. • Gerencia sua equipe e seu setor frente as intercorrências e alterações de planejamento, atuando de maneira pró-ativa diante da situação, sem que isso tenha que lhe ser cobrado do seu superior.
PLANEJAMENTO	*Capacidade de organizar ações de forma a facilitar a execução dos objetivos, estabelecendo metas, prazos e acompanhando sua equipe e seus resultados.*	• Utiliza adequadamente as ferramentas da qualidade para organização do seu planejamento de trabalho e o da sua equipe (agenda, cronogramas, PDCA, etc.). • Reavalia e/ou participa da Análise Critica Global semestralmente, por meio de reuniões registradas, compartilhando com a sua equipe e/ou superior as metas alcançadas e as ações de melhorias.
COMPROMISSO COM A QUALIDADE	*Capacidade de agir com foco na segurança e na melhoria contínua dentro de seu setor e nas interfaces dos processos, visando a obtenção e manutenção de padrões e certificações de qualidade.*	• Cumpre e faz cumprir as normas e protocolos institucionais, apoiando integralmente o hospital em seus projetos de qualidade e diretrizes. • Realiza treinamentos com a sua equipe com foco na melhoria dos processos, redução de custos e/ou para a obtenção de metas e resultados. • Executa os planos de ação (PDI) da sua avaliação de desempenho, bem como acompanha os planos de ação de seus colaboradores, atualizando-os no sistema antes do vencimento dos mesmos.
COMUNICAÇÃO	*Capacidade de se expressar e ouvir o outro, transmitir ideias de forma clara, objetiva e imparcial, promovendo "Feedback" sempre que necessário e aceitando retorno sobre seu próprio desempenho.*	• Dá feedback individualizado para seus colaboradores, sobre as tarefas executadas e os comportamentos adotados, registrando por escrito tanto os elogios quanto as orientações. • Comunica as informações recebidas de seu superior de forma clara e objetiva aos seus subordinados e/ou pares, assumindo integralmente o compromisso pela orientação institucional.

Os processos de recrutamento, seleção, admissão e desligamento são alinhados conforme as competências descritas para cada cargo. Todo colaborador passa pelo processo de avaliação de desempenho que ocorre em três etapas: Avaliação de desempenho de 45 dias; Avaliação de desempenho de 90 dias; Avaliação de desempenho por competências (anual). Tal processo é importante, pois por meio dele é possível dar feedbacks sobre resultados, avaliar o nível de efetividade no trabalho, identificar talentos, averiguar a produtividade dos funcionários, desenvolvimento de gaps das competências, entre outros pontos que vão contribuir para a elaboração de medidas e programas de treinamento para eliminar os problemas identificados e garantir a expansão da organização.

CAPÍTULO V - DA COMPETÊNCIA

Art. 4º. A Serviço Social compete:

I. Receber clientes/pacientes, familiares, acompanhantes e públicos em geral;

II. Acolher clientes/pacientes, familiares e acompanhantes de forma humanizada;

III. Conhecer as diretrizes institucionais, políticas normativas, protocolos e fluxos;

IV. Seguir normas e rotinas estabelecidas na unidade de atendimento;

V. Escutar de forma qualificada a demanda;

VI. Respeitar o pudor, a privacidade e a intimidade da pessoa durante o atendimento;

VII. Atentar para sinais de gravidade ou piora significativa dos cliente/paciente e comunicar;

VIII. Priorizar cliente/paciente seguindo o Protocolo de Manchester;

IX. Garantir a segurança do clientes/pacientes, de acordo com Plano de Segurança doPaciente (PSP);

X. Iniciar as medidas preventivas mediante os riscos assistenciais;

XI. Preencher formulários, livros e relatórios diariamente e sempre que necessário;

XII. Desempenhar atividades administrativas e assistenciais;

XIII. Registrar os atendimentos no prontuário eletrônico com objetivo de formular estratégias de intervenção profissional e subsidiar a equipe de saúde quanto às informações sociais dos clientes/pacientes e famílias, resguardadas as informações sigilosas que devem ser registradas no livro de relatório profissional;

XIV. Realizar juntamente com as equipes multidisciplinares da assistência, processos de referência e contrarreferência dos clientes/pacientes, famílias e acompanhantes atendidos na unidade, de forma humanizada, responsável e segura, no que se refere

aos aspectos sociais;

XV. Participar e promover ações com base nos princípios e diretrizes da PolíticaNacional de Humanização (PNH).

CAPÍTULO VI - REQUISITOS

Art. 5º. Requisitos por categoria profissional:

I. **Assistente Social:**

a. Registro profissional no Conselho Regional de Serviço Social;

b. Experiência profissional comprovada;

c. Trabalhar em equipe;

d. Trabalhar de acordo com o Código de Ética e demais legislações, bem como normas, rotinas eprotocolos institucionais;

e. Uso de crachá e registro de ponto eletrônico rigorosamente;

f. Ser pontual e assíduo.

II. **Assistente Social quando exercendo as atividades de Assistente Social RT compete ainda**:

a. Registro profissional no Conselho Regional de Serviço Social;

b. Conhecimento técnico e científico;

c. Desejável experiência profissional comprovada;

d. Conhecer e praticar o Código de Ética dos profissionais do Assistente Social, organização doprocesso de trabalho do Hospital e outras legislações em vigor;

e. Capacidade de liderança e trabalho em equipe.

CAPÍTULO VII - ATRIBUIÇÕES

Art. 6º. Ao Assistente Social compete:

I. Dar assistência ao usuário no que se refere às seguintes demandas: clientes/pacientes em situação de vulnerabilidade social; Conflitos familiares; Não adesão ao tratamento; Vítima ou suspeita de violência; Pacientes desacompanhados, sem familiares e sem identificação;

II. Prestar orientações e articular com a rede transferência de pacientes que necessitamde tratamento fora do domicílio;

III. Articular com as equipes da prefeitura para trabalhar as internações domiciliares;

IV. Avaliar e liberar demandas que fogem as regras da unidade como, por exemplo, necessidade de troca fora de horário;

V. Demonstrar pronto atendimento nas seguintes situações: Crianças e adolescentes sem acompanhante; Vítimas de violência doméstica ou abuso sexual; Usuários encaminhados para tratamento fora do domicílio; Casos que necessitam de intervenção de órgãos responsáveis; Usuários sem documentos de identificação; Óbito sem localização de família ou outros vínculos;

VI. Preencher formulários e planilha de produtividade;

VII. Monitorar as ações em desenvolvimento: Busca Ativa; Demanda Espontânea e Projeto Acolher;

VIII. Pesquisar a realidade social de seu entorno, realizando estudos sócio-econômicos, pesquisando os interesses do público-alvo, o perfil do usuário, seu nível de satisfação, as características da área de atuação; estudar a viabilidade de projetos propostos pela organização; coletar e organizar dados;

IX. Planejar, executar e avaliar pesquisas, que possam contribuir para a análise da realidade social e para subsidiar ações profissionais junto à organização;

X. Promover ação investigativa e interventiva, considerando a autonomia do cliente/paciente como sujeito principal no processo decisório, nas seguintes atividades: acolhimento aos pacientes, familiares ou colaterais nas circunstâncias de urgência/emergência, alta e atendimento domiciliar;

XI. Realizar pesquisa sobre os determinantes sociais, caracterizando-a e interpretando os resultados obtidos como elemento de reflexão e de ação ante as questões do cotidiano dos clientes/pacientes, contribuindo também, para a redefinição da prática profissional;

XII. Tomar providências, e prestar orientação social aos pacientes e executar procedimentos técnicos, como: registro de atendimentos, pareceres técnicos, investigação social, elaborar ofícios.

XIII. Conceder informações sobre as normas e rotinas estabelecidas pela unidade aos clientes/pacientes, famílias e acompanhantes;

XIV. Atender e orientar o usuário cliente/paciente, familiar e acompanhante em relação à alta;

XV. Viabilizar o direito de acompanhante aos pacientes respaldados por Lei;

XVI. Localizar familiar(es) de pacientes não identificados e/ou em situação de abandono; **XVII.**Prestar atendimento aos familiares, compreendendo que a família vivencia juntamente com o paciente seu processo de saúde e doença;

XVIII. Atender e acompanhar sistematicamente os clientes/pacientes, famílias e acompanhantes que estão internados, fortalecendo vínculos, identificando demandas, realizando orientações e/ou encaminhamentos necessários;

XIX. Prestar serviços sociais orientando pacientes, acompanhantes, famílias, comunidade e equipes de trabalho da Instituição sobre direitos, deveres, serviços e recursos sociais;

XX. Zelar pelos equipamentos e materiais disponibilizados para a realização das atividades;

XXI. Zelar pela ética profissional e demais legislações;

XXII. Manter a ordem e limpeza no setor.

Art. 7º. Ao Assistente Social quando exercendo as atividades de Assistente Social RTcompete ainda:

I. Coordenar a equipe de assistente social da respectiva unidade;

II. Participar do processo de seleção, treinamento e integração de novos colaboradores;

III. Administrar, planejar, organizar, supervisionar e avaliar o processo assistencial do serviço social,alinhando-a com a gestão da unidade;

IV. Promover a integração do assistente social de modo multidisciplinar, interdisciplinar etransdisciplinar;

V. Incentivar, promover e proporcionar condições para o desenvolvimento técnico e científico dosprofissionais de saúde;

VI. Cumprir e fazer cumprir as normas, rotinas e protocolos da unidade;

VII. Realizar o dimensionamento de pessoal de assistente social, conforme o dispostona resolução vigente;

VIII. Realizar reuniões periódicas com a equipe de assistente social, com registro em ata;

IX. Cumprir e fazer cumprir o disposto na Legislação do Exercício Profissional, Código de Ética e Código Penal Brasileiro;

X. Melhorar o fluxo de pacientes com consequente redução do tempo de espera para seratendido;

XI. Mantendo atenção focada na utilização de recursos disponíveis, evitando desperdícios e danos com manutenção;

XII. Manter controles estatísticos e criteriosos dos pacientes, como instrumentos geradores de dados e informações necessárias à movimentação dos pacientes na unidade, monitoramento do desempenho setorial e ações de âmbitos decisórios;

XIII. Identificar e priorizar as necessidades da unidade, estabelecendo um planejamento a curto, médio e longo prazo, no atendimento aos objetivos propostos;

XIV. Planejar, elaborar e avaliar programas, projetos e planos sociais na área de atuação profissional;

XV. Criar Protocolos e Procedimentos Operacional Padrão (POP) que possibilitem aorganização, normatização e sistematização do cotidiano do trabalho profissional.

CAPÍTULO VIII – DO HORÁRIO DE TRABALHO

Art. 8º. O Serviço Social do Hospital manterá plantão nas 12h diurnas, sendo:

I. Diarista: **1 PROFISSIONAL** de segunda a sexta-feira, conforme estabelicido em escala mensal do serviço.

II – 1 Assistenrte social RT

§ Nos horários de café, almoço e descanso noturno os Colaboradores deverão se organizar de forma a nãodeixar o setor sozinho.

§ Ao colaborador será concedida na escala pausa de 15 minutos, conforme demanda deatividades.

CAPÍTULO IX - DOS DEVERES

Art. 09. Dentre os deveres da equipe destacam-se:

I. Respeitar hierarquia;

II. Exercer com zelo e dedicação as atribuições do cargo;

III. Respeitar e cumprir as normas legais e regulamentares da instituição;

IV. Informar a chefia imediata às irregularidades que tomar ciência em razão docargo;

V. Tratar com urbanidade as pessoas;

VI. Atender aos clientes/pacientes, comunidade e ao público em geral, prestando asinformações requeridas, ressalva as de ordem médicas e as protegidas em sigilo;

VII. Guardar sigilo das informações obtidas no desenvolvimento de suas atribuições seja referente aousuário ou da instituição;

VIII. Usar como traje de trabalho jaleco ou uniforme próprio oferecido pela unidade, roupas não transparentes, não apertadas, sapatos fechados, cabelos presos, unhas curtas com esmalte íntegro e não usaradornos, obedecendo a Norma Reguladora (NR) 32.

IX. Zelar pela economia do material e pela conservação do patrimônio público;

X. Manter conduta compatível com a moralidade administrativa;

XI. Ser pontual e assíduo, permanecendo no local de trabalho e cumprindo os horários pré-estabelecidos;

XII. Representar contra ilegalidade, omissão ou abuso de poder;

XIII. Registrar ponto de forma rigorosa;

XIV. Participar dos treinamentos propostos;

XV. Usar o crachá.

CAPÍTULO X - DAS DIPOSIÇÕES GERAIS

Art. 10. O colaborador Serviço Social não poderá receber de clientes/pacientes, familiares ou acompanhantes, pagamento referente aos serviços prestados durante suajornada de trabalho.

Art. 11. A passagem de plantão é obrigatória devendo ser realizada no setor.

Art. 12. Os casos não previstos neste Regimento serão resolvidos pelo Diretor Presidente.

Art. 13. Este Regimento poderá ser alterado por eventuais exigências de adoção de novas legislações pertinentes, por implantação ou desativação de unidades ou serviços que desenvolvam atividades do Serviço Social, ou ainda, por iniciativa da liderança.

Art. 14. Este Regimento serve como instrumento de definição de atividades, devendo ser aplicado a todos os trabalhadores do setor, sem qualquer exceção.

Art. 15. Este Regimento entrará em vigor a partir da data de sua publicação.

CAPÍTULO XI - DISPOSIÇOES FINAIS

Os indicadores referentes à atuação do serviço ficam dispostos através do SIGQUALI, em referência a ação e Diretriz Estratégica Institucional. A descrição padronizada de cada atividade fica estabelecida no Procedimento Operacional Padrão (POP) e Procedimento Sistêmico de cada setor (PRS) bem como fluxogramas dos serviços ficam à disposição de todos os colaboradores por meio do sistema SIGQUALI.

Esta política deverá ser respeitada em todas as circunstâncias, levando-se em consideração as leis do mercado local, o contexto específico, ético e o bom senso. Qualquer exceção deverá ser encaminhada ao Recursos Humanos (RH) para análise e aprovação junto a Diretoria Administrativa da Entidade.

SIGLAS

SUS - Sistema Único de Saúde

HMTJ - Hospital Maternidade Therezinha de Jesus

RI - Regimento Interno

COFSS - Conselho Federal Serviço Social **CORSS** - Conselho Regional Serviço Social **RT** – Responsável Técnico
PEC - Perfil Estruturado por Competências **GCPEC** - Sistema de Gestão por Competências**SIGQUALI** - Sistema Gestão Qualidade
PSP - Plano deSegurança do

Paciente **PNH** - PoliticaNacional de Humanização **NR -** Norma Reguladora
POP - Procedimento Operacional Padrão

PRS - Procedimento Sistêmico

RH - Recursos Humanos

REFERÊNCIAS

BRASIL. Lei nº 8.662, de 13 de março de 1993. Dispõe sobre Regulamentação da Profissão e Código de Ética do/a Assistente Social. Presidência da República, Brasília, DF, 1993. Disponível em: http://www.cfess.org.br/arquivos/CEP_CFESS- SITE.pdf. Acesso em: 27 de dez. 2021.

10.2.3: ÁREA DA QUALIDADE TÉCNICA

IMPLEMENTAÇÃO DE SERVIÇOS E FUNCIONAMENTO DA EQUIPE INTERDISCIPLINAR

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

INSTRUÇÃO PARA O FUNCIONAMENTO DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL

O cuidado ao paciente hospitalizado depende da interação do trabalho multiprofissional, que é resultado da soma de pequenos cuidados parciais que, se somados, resultam em melhora mais rápida do paciente e redução do tempo de internação.

A assistência prestada pela equipe multiprofissional é justificada por uma busca de interação de processos e saberes objetivando uma assistência integral e resolutiva aos nosos pacientes, em caráter ambulatorial e hospitalar.

Essa equipe é composta por profissionais de diferentes áreas da saúde, como psicólogos, fisioterapeutas, nutricionista, dentista, assistentes sociais, entre outros, e trabalha de forma colaborativa para fornecer uma abordagem abrangente e holística no cuidado dos pacientes.

O hospital de Atenção Especializada tem por finalidades prestar assistência à saúde, ambulatorial e hospitalar, dentro das especialidades de sua competência, com qualidade e atendendo aos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde, além de ser um modelo de excelência na assistência a saúde da população.

Na equipe multidisciplinar, existe uma necessidade de comunicação mais próxima, troca de informações, cooperação e, principalmente, inter-relação entre os diferentes profissionais.Nesse sentido, a integração da equipe de saúde é peça chave para o sucesso.

Os profissionais envolvidos prezam pela troca de experiências, pelo diálogo, pelo comprometimento e pela participação ativa para fazer com que o trabalho ocorra da melhor maneira possível, trazendo o melhor resultado e experiência para o paciente.

Desta forma possibilitam um menor tempo de internação dos pacientes, também traz maior índice de satisfação das pessoas com os serviços prestados. Isso porque ela possui a sua formação centrada nas necessidades do paciente, interessado na sua recuperação e também no crescimento profissional de seus integrantes.

O trabalho da Equipe Multiprofissional será realizado por meio da colaboração interdependente, da comunicação aberta e da tomada de decisão compartilhada.

A Equipe Multiprofissional tem por finalidade:

- ✓ Promover periodicamente reuniões com a equipe de trabalho, visando aperfeiçoar as rotinas desenvolvidas nas demais unidades.
- ✓ Assessorar as Unidades Assistenciais na implantação das normas e rotinas e dos protocolos assistenciais.

- ✓ Assessorar a prestação da assistência da área responsável em todos os setores de atendimentos do hospital em quantidade e qualidade desejável, juntamente com os Responsáveis Técnicos.
- ✓ Estabelecer as diretrizes da assistência em consonância com as diretrizes da gestão do cuidado.
- ✓ Realizar diagnóstico situacional da área responsável, alinhado ao PDE do HMTJ.
- ✓ Mediar conflitos e estimular o relacionamento harmonioso entre as profissionais da área responsável e demais profissionais do hospital, bem como destes com a equipe de governança.
- ✓ Produzir e disponibilizar relatórios de atividades, dados e informações concernentes a sua área de atuação.
- ✓ Validar, juntamente com o responsável técnico de cada profissão, as escalas mensais de jornada de trabalho dos colaboradores.
- ✓ Realizar gestão compartilhada com demais chefes de unidades onde a equipe multiprofissional realiza sua jornada de trabalho.

Compisição:

O Serviço Multiprofissional é uma unidade de trabalho composta por profissionais de diferentes áreas como Nutrição, Fisioterapia, fonoaudiologia, psicologia, terapia ocupacional, dentista, que atuam de forma integrada e complementar no cuidado e assistência aos usuários, promovendo a abordagem interdisciplinar e a troca de conhecimentos e experiências.

A composição da equipe deverá ser definida de forma a contemplar uma variedade de saberes e habilidades, visando a complementaridade e a abrangência dos cuidados.

No HUGO a equipe multidisciplinar visa melhorar a comunicação entre os profissionais e unir pessoas em busca de um propósito, que varia de acordo com cada caso específico. Sendo assim, esse time tem uma comunicação bem próxima e consegue trocar informações, tornando-se fundamental para a aceleração da melhora do quadro referente ao paciente tratado.

O Serviço Multiprofissional pauta-se nos seguintes princípios:

- Integralidade: oferecer atendimento completo e abrangente, considerando a complexidade e as necessidades individuais dos usuários;

- Interdisciplinaridade: promover a colaboração e o diálogo entre os profissionais de diferentes áreas, visando a construção conjunta do conhecimento;
- Equipe multiprofissional: reunir profissionais de diferentes formações para a realização de ações integradas e complementares;
- Humanização: promover o acolhimento, respeito e empatia no cuidado aos usuários;
- Ética: atuar com ética profissional, respeitando os princípios e normas das respectivas profissões.

Organização e Funcionamento do hospital:

O Serviço Multiprofissional terá um profissional designado como coordenador, responsável por articular e organizar as atividades da equipe, promover a integração e o diálogo entre os membros, e representar o serviço junto à instituição. O coordenador será escolhido pelos membros da equipe, preferencialmente por meio de eleição.

Reuniões e Tomada de Decisão - A equipe do Serviço Multiprofissional deverá realizar reuniões periódicas para discussão de casos, planejamento das ações e troca de experiências. As decisões serão tomadas de forma democrática, levando em consideração o posicionamento de todos os membros da equipe, com respeito à diversidade de opiniões.

Integração com outros Serviços - O Serviço Multiprofissional deverá estabelecer mecanismos de integração e articulação com outros serviços e setores da instituição, visando a complementaridade e a ampliação do cuidado aos usuários. A comunicação e o trabalho em rede serão valorizados para garantir a continuidade e a integralidade do atendimento.

Atuação Profissional - Os profissionais integrantes do Serviço Multiprofissional serão responsáveis por:

- Contribuir com seus conhecimentos e habilidades específicas para o cuidado integral aos usuários;
- Participar das reuniões e atividades de capacitação promovidas pela equipe;
- Realizar registros adequados das atividades desenvolvidas, visando a garantia da qualidade e a continuidade do cuidado;
- Respeitar a autonomia dos usuários, promovendo a participação ativa e o compartilhamento de decisões relacionadas ao seu cuidado;
- Atuar em conformidade com os princípios éticos e normas de suas respectivas profissões.

Capacitação e Atualização - O Serviço Multiprofissional deverá promover a capacitação e a atualização dos profissionais que o compõem, visando o aprimoramento de suas práticas e a incorporação de novos conhecimentos e tecnologias. Serão realizadas atividades de educação permanente, tais como cursos, treinamentos e discussões de casos.

Avaliação e Monitoramento - O Serviço Multiprofissional estabelecerá mecanismos de avaliação e monitoramento contínuo de suas atividades, com o objetivo de garantir a qualidade dos serviços prestados. Serão realizadas análises periódicas dos resultados alcançados, identificação de pontos de melhoria e definição de estratégias para o aprimoramento do cuidado.

ATRIBUIÇOES POR CATEGORIA

Ao Serviço Social compete:

1. orientar o usuário quanto as normas e rotinas da unidade;
2. Realizar entrevista social, estabelecendo o plano de intervenção do Serviço Social;
3. Orientar o paciente, familiares ou responsáveis quanto a remoção do paciente de alta hospitalar, contribuindo para a otimização do leito hospitalar;
4. Elaborar, implantar, coordenar e avaliar a execução e desenvolvimento de planos, programas e projetos do Serviço Social, através do acompanhamento sistemático;
5. Elaborar e adotar manual de normas, rotinas e procedimentos, onde sejam estabelecidas as atribuições do pessoal do serviço;
6. Proceder acompanhamento social do tratamento de saúde;
7. Orientar os usuários a utilizarem adequadamente os recursos institucionais, sociais e da comunidade, face as situações constatadas;
8. Desenvolver o trabalho em grupo com usuários e/ou seus responsáveis, de acordo com as necessidades apresentadas e visando o desenvolvimento dos aspectos sociais;
9. Interpretar a situação social do paciente e sua família junto a equipe multiprofissional;
10. Elaborar e atualizar, sempre que necessário, a relação de recursos da comunidade a fim de prover os devidos encaminhamentos de pacientes,familiares e funcionários;
11. Realizar campanhas educativas, elaboradas a partir das necessidades identificadas;
12. Estimular o usuário a participar do seu tratamento de saúde;
13. Trabalhar preventiva e resolutivamente as situações de rejeição familiar;

14. Participar com os demais membros da equipe de equipe de saúde do processo de transferência, assim como dos avisos de óbitos, prestando aos familiares as orientações concernentes à situação;

Ao Serviço de Fisioterapia compete:

1. Realizar os procedimentos de fisioterapia nos pacientes em regime ambulatorial;
2. Prescrever, manter, desenvolver ou restaurar a integridade de órgão, sistema ou função do corpo humano por meio de ação, isolada ou concomitante, de agente termoterápico ou crioterápico, aeroterápico, fototerápico ou eletroterápico, determinando:
3. Utilizar com o emprego ou não de aparelho, exercício respiratório, cárdio-respiratório, cárdio-vascular, de educação ou reeducação neuromuscular, regeneração muscular, relaxamento muscular, locomoção, regeneração osteo-articular, correção de vício postural, adaptação ao uso de órtese ou prótese e adaptação dos meios materiais, pessoais ou ambientais disponíveis para desempenho físico do paciente, determinando:
4. Manter os equipamentos em perfeito funcionamento e procurar renová-los sempre que possível, para que a unidade tenha o melhor desempenho e atualização tecnológica.

Ao Serviço de Nutrição e Dietética, compete:

1. Definir, planejar, organizar e avaliar as atividades de assistência nutricional aos clientes da instituição;
2. Avaliar o estado nutricional do cliente a partir do diagnóstico clínico, exames laboratoriais, anamnese alimentar e exames antropométricos;
3. Realizar assistência dietoterápica hospitalar planejando, prescrevendo, analisando e acompanhando a dieta dos pacientes;
4. Registrar diariamente no prontuário do paciente, a prescrição dietoterápica, a evolução nutricional, as intercorrências e a alta em nutrição;
5. Supervisionar e controlar os equipamentos e utensílios utilizados pelo setor;
6. Integrar a equipe multidisciplinar, com participação plena na atenção prestada ao paciente;
7. Supervisionar e estabelecer um sistema de recebimento, estocagem e distribuição de

gêneros alimentícios, seguro e eficiente, capaz de suprir as unidades de assistência com as dietas prescritas pelo corpo clínico da instituição;

8. Prestar assistência nutricional junto ao Corpo Clínico do hospital com relação à prescrição dietoterápica a serem servidas aos pacientes, acompanhantes e funcionários da Instituição;

9. Prestar orientações dietoterápica, acompanhamento e educação alimentar aos pacientes internados, de ambulatório e funcionários da Instituição;

10. Manter um sistema de avaliação da assistência dietética prestada aos pacientes;

11. Acompanhar o tratamento dos pacientes após a avaliação clínica, com a evolução dietoterápica;

12. Desenvolver programas de treinamento para todas as categorias do pessoal da nutrição;

Ao Serviço de Psicologia compete:

1. Promover a humanização do atendimento, facilitando a relação equipe/ paciente;
2. Atendimento psicológico ambulatorial
3. Auxiliar o paciente e a família na compreensão da doença e tratamento,tornando-os ativos no processo de recuperação;
4. Trabalhar de forma integrada com os demais profissionais de saúde, colaborando assim para uma visão global do paciente dentro de um enfoque multidisciplinar e possibilitando a assistência e apoio técnico à equipe;
5. Preparar pacientes para cirurgia a fim de que possam lidar com aspectos práticos e de rotina de uma cirurgia, bem como as fantasias que advém desta situação; Trabalhar os conflitos intrapsíquicos gerados ao adoecer, melhorando a qualidade de vida dos pacientes;
6. Trabalhar e/ou preparar o paciente para mudanças em seu esquema corporala fim de aceitar melhor seu novo estado físico
7. Amenizar e elaborar sentimentos depressivos, de angústia e insegurança, trazendo o sentido de realidade e de conhecimento dos limites determinados pela própria doença, transmitindo confiança em suas possibilidades e apoiando suas realizações;

Ao Serviço de Terapia Ocupacional compete:

1. Realizar os procedimentos de terapia ocupacional nos pacientes em regime ambulatorial a indivíduos portadores de alterações cognitivas, afetivas, perceptivas e psicomotoras, decorrentes ou não de distúrbios genéticos, traumáticos ou de doenças adquiridas por meio da utilização da atividade humana como base de desenvolvimento de projetos terapêuticos específicos.
2. Ampliar o campo de ação, desempenho, autonomia e participação, considerando recursos e necessidades de acordo com o momento e lugar, estimulando condições de bem-estar e autonomia. Por meio do fazer afetivo, relacional, material e produtivo o profissional contribui com os processos de produção de vida e saúde.
3. Manter os equipamentos em perfeito funcionamento e procurar renová-los sempre que possível, para que a unidade tenha o melhor desempenho e atualização tecnológica.

Ao Serviço de Fonoaudiologia compete:

1. Atuar precoce e preventivamente através de avaliação, orientação etratamento;
2. Reequilibrar alterações miofuncionais, evitando possíveis danos nos processos fonatórios e cognitivos;
3. Participar de equipe multiprofissional traçando e atuando em terapêuticas que levem ao bom prognóstico;
4. Diagnosticar sintomas de distúrbios fonoaudiólogos precocemente; retornar à alimentação por via oral, restabelecendo funções vitais de sucção,
5. Mastigação, deglutição e fala, diminuindo o tempo de hospitalização e Evitando reinternações por infecções respiratórias;
6. Estimular e agilizar a alta hospitalar, com os menores danos possíveis aoIndivíduo no seu retorno à sociedade, diminuindo inclusive os custos da Hospitalização.
7. Manter um controle rígido sobre a proteção radiológica da unidade;
8. Zelar pela correta utilização dos recursos físicos, identificados principalmente pelos equipamentos; e do desenvolvimento e capacitação dos recursos humanos da unidade;
9. Manter em atividade contínua os equipamentos, dispositivos e respectivos insumos para o correto desenvolvimento dos exames prescritos pelos profissionais da Instituição;
10. Avaliar os resultados dos procedimentos específicos e elaborar os respectivos laudos

técnicos, como também prover o correto encaminhamento dos mesmos às unidades requisitantes;

11. Manter um controle eficaz da quantidade de exames realizados.

Ao serviço de odontologia compete:

1. Atuar em equipes multiprofissionais, interdisciplinares e transdisciplinares na promoção da saúde baseada em evidências científicas, de cidadania, de ética e de humanização;
2. Prestar assistência odontológica aos pacientes em regime de internação hospitalar, ambulatorial, domiciliar, urgência, emergência inclusive com suporte básico de vida e críticos;
3. Atuar na dinâmica de trabalho institucional, reconhecendose como agente desse processo;
4. Aplicar o conhecimento adquirido na clínica propedêutica, no diagnóstico, nas indicações e no uso de evidências científicas na atenção em Odontologia Hospitalar;
5. Elaborar projetos de natureza científica e técnica, realizar pesquisas e estimular ações que permitam o uso de novas tecnologias, métodos e fármacos no âmbito da Odontologia Hospitalar;
6. Atuar integrando-se em programas de promoção, manutenção, prevenção, proteção e recuperação da saúde em ambiente hospitalar.

Recursos Humanos por categoria profissional, carga horaria.

CENTRO DE CUSTOS	FUNÇÃO / ESPECIALIDADE	CARGO	HORARIO	FORMA PLANTÃO	QDE DIA	QDE TOTAL
Psicologia	Apoio Assistencial	Psicólogo RT	Dia	Diarista	1	1
Psicologia	Apoio Assistencial	Psicólogo Clínico	Dia	Diarista	5	5
Fonoaudilogia	Apoio Assistencial	Fonoaudiólogo RT	Dia	Diarista	1	1
Fonoaudilogia	Apoio Assistencial	Fonoaudiólogo	Dia	Diarista	3	3
Fisioterapia	Apoio Assistencial	Fisioterapeuta RT	Dia	Diarista	1	1
Fisioterapia	UTI 1 (12 leitos) + UTI 4 (08 leitos)	Supervisor dos Serviços de Fisioterapia	Dia	Diarista	1	1
Fisioterapia	UTI 1 (12 leitos)	Fisioterapeuta	Dia	12x60	1	3
Fisioterapia	UTI 1 (12 leitos)	Fisioterapeuta	Noite	12x60	1	3
Fisioterapia	UTI 2 (20 leitos)	Supervisor dos Serviços de Fisioterapia	Dia	Diarista	1	1
Fisioterapia	UTI 2 (20 leitos)	Fisioterapeuta	Dia	12x60	2	6
Fisioterapia	UTI 2 (20 leitos)	Fisioterapeuta	Noite	12x60	2	6
Fisioterapia	UTI 3 (17 leitos)	Supervisor dos Serviços de Fisioterapia	Dia	Diarista	1	1
Fisioterapia	UTI 3 (17 leitos)	Fisioterapeuta	Dia	12x60	2	6
Fisioterapia	UTI 3 (17 leitos)	Fisioterapeuta	Noite	12x60	1	3
Fisioterapia	UTI 4 (08 leitos)	Fisioterapeuta	Dia	12x60	1	3
Fisioterapia	UTI 4 (08 leitos)	Fisioterapeuta	Noite	12x60	1	3
Fisioterapia	Unidade de Internação	Supervisor dos Serviços de Fisioterapia	Dia	Diarista	1	1
Fisioterapia	Unidade de Internação	Fisioterapeuta	Dia	12x60	3	9
Fisioterapia	Apoio Assistencial	Terapia ocupacional	Dia	Diarista	2	2
UTI Adulto 1	Ondontologia RT/ Rotina	Cirurgião Dentista Clínico Geral	Dia	Diarista	1	1
UTI Adulto 1	UTI/ Enfermarias/ Ambulatório	Cirurgião Dentista Clínico Geral	Dia	12X36	3	6
Nutrição Clínica	Apoio Assistencial	Nutricionista RT	Dia	Diarista	1	1
Nutrição Clínica	Apoio Assistencial	Nutricionista	Dia	12X36	4	8
Agência Transfusional	Agéncia e Anatomia	Bioquímico RT	Dia	Diarista	1	1
COREME/ COREMU	Tutor	Fisioterapeuta	Dia	Diarista	1	1
COREME/ COREMU	Preceptoria	Fisioterapeuta	Dia	Diarista	4	4
COREME/ COREMU	Tutor	Fonoaudiólogo	Dia	Diarista	1	1
COREME/ COREMU	Preceptoria	Fonoaudiólogo	Dia	Diarista	4	4
COREME/ COREMU	Tutor	Nutricionista	Dia	Diarista	1	1
COREME/ COREMU	Preceptoria	Nutricionista	Dia	Diarista	4	4
COREME/ COREMU	Tutor	Psicólogo Clínico	Dia	Diarista	1	1
COREME/ COREMU	Preceptoria	Psicólogo Clínico	Dia	Diarista	4	4
COREME/ COREMU	Coordenador	Cirurgião Dentista Clínico Geral	Dia	Diarista	1	1
COREME/ COREMU	Tutor (Campo)	Cirurgião Dentista Clínico Geral	Dia	Diarista	1	1
COREME/ COREMU	Tutor (Núcleo)	Cirurgião Dentista Clínico Geral	Dia	Diarista	1	1
COREME/ COREMU	Preceptoria	Cirurgião Dentista Clínico Geral	Dia	Diarista	4	4



NORMAS PARA O FUNCIONAMENTO DO SERVIÇO DE ADMINISTRAÇÃO GERAL COM ESPECIFICAÇÃO DE ESTRUTURA, NORMAS E ROTINAS, HORÁRIO E EQUIPE MÍNIMA - HERSO

As parcerias com Organizações Sociais (OS) representam um novo modelo de gestão de serviços de relevância pública previsto na Lei Federal nº 9.637 de 15 de maio de 1998 e muitas Leis Estaduais e Municipais.

As Organizações Sociais têm a obrigação de prestar contas relativas aos recursos públicos utilizados na contratação de pessoal e serviços para o cumprimento das metas contratuais e também sobre os recursos repassados para a própria entidade como forma de reembolso de despesas administrativas inerentes à execução dos Contratos de Gestão. O objetivo central da centralização das despesas administrativas é reduzir a despesa individual com cada contrato de gestão, unificando processos que poderão ser rateados entre as unidades, com ganho em escala econômica e economicidade. Assim, as entidades qualificadas como Organizações Sociais e que mantém diversos Contratos de Gestão em diferentes unidades da federação podem utilizar-se, com vantagens para o poder público, de estruturas centralizadas para compartilhamento de serviços e custos, com o objetivo de otimizar a gestão dos recursos humanos, gestão financeira e contábil, gestão de suprimentos, entre outras atividades necessárias e imprescindíveis para o cumprimento do objeto de cada um dos Contratos de Gestão, consolidando tais atividades

em uma unidade de operação principal.

A sede administrativa do HMTJ opera nos moldes de um Centro de Serviços Compartilhados (CSC) que centraliza a orientação dos serviços realizados pelas suas unidades de saúde gerenciadas por meio de Contratos de Gestão celebrados com o poder público.

A sede administrativa centraliza, contrata, coordena e remunera profissionais e serviços, contratados direta ou indiretamente, que prestam assessoria para todas as suas filiais e serviços de saúde gerenciados. Trata-se de uma forma de tornar a administração pública mais ágil, econômica e padronizada.

São considerados para rateio de despesas setores que não tenham duplicidade de atividades com os serviços realizados localmente nas unidades gerenciadas pelo HMTJ, ou seja, atividades centralizadas na sede e passíveis de rateio entre as unidades, como a gestão de Recursos Humanos, Departamento pessoal, Comunicação Institucional, departamentos Financeiro, Contabilidade, Contratos, Jurídico, Suprimentos e Tecnologia da Informação e Qualidade, de onde são emitidas as diretrizes para realização das atividades no local. Dentre os serviços prestados, alguns possuem representatividade direta na unidade por meio de setores e/ou funções específicas.

Na matriz os setores que fazem interface com a unidade são:

✓ O setor de Recursos Humanos e Departamento pessoal, são responsáveis dentre várias atividades, pela Política de Gestão de Pessoas, Recrutamento e Seleção, Acompanhamento Funcional, Avaliações de Desempenho, Cargos e Salários, Treinamento e Desenvolvimento, Desligamento de Pessoal, Folhade Pagamento e Ponto Biométrico.

✓ O setor do SESMT é responsável pelos exames ocupacionais, equipamentos de proteção individual, gestão da CIPA, elaboração de documentos como PCMSO e PPRA, programas de qualidade de vida, participação em comissões, controle de vacinas, controle de atestados médicos e demais afastamentos por motivo de saúde.

✓ O setor de custos é o responsável pelo controle orçamentário da unidade e prestação de contas dos serviços prestados conforme pré-estabelecido pelocontratante.

✓ O setor de suprimentos, é o responsável pela cotação e aquisição de materiais médicos, hospitalares, de escritório e medicamentos.

✓ O setor de comunicação é responsável por toda identidade visual, além controle das mídias sócias e interface com os veículos de comunicação.

✓ O setor financeiro é o responsável pela gestão financeira, contas a pagar e receber.

✓ O setor de auditoria interna é o setor responsável pelas Notas fiscais, bem como pela parte de controle de estoque, inventários e processos de farmácia.

✓ O setor de contrato é o responsável por contratar e fiscalizar os serviços terceiros (PJ), bem como fazer acompanhar os contratos de gestão assumidos pela entidade.

✓ Ao setor de contabilidade compete cuidar da parte fiscal e contábil, de encargos e impostos.

✓ O setor de qualidade cuida da padronização e formalização dos processos de trabalho, gestão de indicadores, e preparação da unidade para auditorias decertificação.

✓ O setor de Técnologia da Informação: Responsável pela gestão dos hardwares e softwares utilizados para funcionamento das unidades.

Destes citados acima, atuam diretamente na unidade representados por setor ou função, o Recursos Humanos/ Departamento Pessoal, SESMT, Custos e Qualidade, por exemplo. Todos os demais são executados pela matriz com o apoio da gestão local e a carga horária de cada função se encontra em quadro de pessoal. Vale ressaltar que acontratação destes profissionais se dá por meio de contratação em regime celetista.

RECURSOS HUMANOS:

Setor encarregado de atividades específicas de contratação do funcionário, pagamento de salários e benefícios, organização de escalas funcionais e horários de trabalho, assim como rescisão contratual dos funcionários.

O objetivo é administrar os comportamentos internos e potencializar o capital humano. Tarefas estratégicas comuns a todas as unidades gerenciadas são o recrutamento e seleção de pessoal, avaliação de desempenho dos funcionários, treinamento, desenvolvimento e retenção de pessoas entre outras funções, alinhando a estratégia da organização às políticas públicas vigentes.

A entidade mantém na sua equipe profissionais de retaguarda especializados em orientar os diretores dos hospitais quanto à melhor postura a ser adotada em relação ao seu quadro de pessoal, a fim de garantir o bom relacionamento interpessoal entre todos os seus funcionários.Para que tais práticas sejam efetivas, cada uma das unidades mantém em sua estrutura um profissional dedicado cuja atuação se dá em conjunto com a estrutura oferecida pela sede administrativa, responsável pelo estabelecimento das diretrizes institucionais sobre os recursos humanos. No setor de recursos humanos/Departamento pessoal, temos como quadro mínimoproposto:

✓ Um Assistente de Recursos Humanos Sênior, Um Assistente de Recursos Humanos e Um auxiliar de Recursos Humanos, todos com cumprimento de carga horária semanal de 44h.

COMUNICACÃO INSTITUCIONAL:

Responsável pela elaboração de projetos de sensibilização e divulgação de informações para os colaboradores das Unidades sob Contrato de Gestão, referentes às instruções dos entes públicos sobre regras de funcionamento, políticas, instruções normativas, campanhas educativas e assistenciais. Elaboram layout de material escrito e de apoio como: cartazes, manuais, vídeos institucionais, campanhas em mailing destinadas ao público interno e externo das Unidades.

Para este serviço não teremos equipe local, ficando a esquipe da Sede do HMTJ responsável pelo serviço.

ASSESSORIA JURÍDICA – CONTRATOS:

A assessoria jurídica tem por missão solucionar e prevenir conflitos em todas as áreas do Direito, assessorando a diretoria estatuária e os diretores administrativos das filiais com as informações e serviços legais completos, capazes de garantir ambiente seguro e compatível com as necessidades da entidade.

A sede mantém as contratações de terceiros sob controle do seu jurídico interno e os demais assuntos, como defesas em processos judiciais e pareceres centralizados em

assessoria jurídica externa. Além disso é o Setor responsável por coordenar a elaboração dos contratos, termos aditivos, convênios e termos de cooperação, acompanhando a execução contratual junto às unidades técnicas, incluindo o acompanhamento do andamento e tramitação dos pedidos de acréscimo e supressão. Fornece subsídios para avaliação do acompanhamento das concorrências e dos contratos, possibilitando a adoção de estratégias para a obtenção de melhores resultados.

SERVIÇOS ESPECIALIZADOS EM SEGURANÇA E MEDICINA DO TRABALHO – SESMT:

O SESMT tem a finalidade de promover a saúde e proteger a integridade do trabalhador no local de trabalho. Suas regras de constituição e funcionamento encontram- se previstas na Norma Regulamentadora de Segurança e Saúde no Trabalho n.º 4 – NR 4.

Para este serviço a proposta é de equipe local, seguindo a legislação, com a coordenação da equipe pela Matriz HMTJ.**O SESMT tem como proposta no quadro funcional:** Dois técnicos de segurança do trabalho com carga horária semanal de 44h;

ADMINISTRAÇÃO LOCAL/ PLANEJAMENTO FINANCEIRO (GOVERNANÇA CORPORATIVA):

Este setor garante o controle do orçamento, identificando oportunidades de redução de custos e investimento em melhores práticas de gestão, e na qualidade e segurança do paciente.

As atividades relacionadas ao setor de custos serão executadas pela Matriz HMTJ e terão apoio da equipe da unidade composta por:

- ✓ Um Diretor Administrativo com carga horária semanal de 44 h, regido sobcontrato PJ;
- ✓ Um Coordenador Administrativo com carga horária semanal de 44 h, contrato PJ;
- ✓ Um Coordenador de Serviços, com carga horária semanal de 44 h, contrato PJ;
- ✓ Um Assistente Administrativo e um Assistente Administrativo Sênior com carga horária semanal de 44 h para atuação na área de Custos;
- ✓ Um Assistente Administrativo com carga horária semanal de 44 h para atuação como apoio da Direção/ Coordenação da unidade;
- ✓ 10 Jovens aprendizes que servirão de apoio áreas administrativas da unidades.

Observação: compõe ainda o quadro de Administração local, o corpo diretivo (Direção Técnica/Geral) da unidade, sob regime de contrato PJ.

OUVIDORIA:

O Setor de Ouvidoria tem como premissa garantir mensurar que as ações de gestão e assistência atinjam o foco da qualidade por meio da experiência dos nossos clientes. O setor e tem a missão de centralizar e administrar dúvidas, sugestões ou reclamações. O setor recebe as demandas por meio do acolhimento e encaminha para análise e providência das áreas responsáveis. As atividades relacionadas ao setor de ouvidoria contam com o apoio de áreas estratégicas/ jurídica da Matriz HMTJ e terão apoio da equipe da unidade composta por Um Assistente adminsitrativo Sênior sendo diarista com carga horária semanal de44h;

EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE:

A educação permanente é uma proposta político-pedagógica que favorece, aos trabalhadores, um processo de aprendizado contínuo e ensino, por meio da capacitação de práticas laborais dentro do seu cotidiano profissional. O HMTJ por seu legado de atuação e aprendizados constante considera importante a prevalência da capacitação de seu quadro de colaboradores, principalmente seu corpo técnico funcional, que desempenha um importante papel na preparação da infra-estrutura para a realização segura e eficaz dos procedimentos

médicos e da equipe multiprofissional, além de ações assistenciais, orientação e educação preventivas, visando ao autocuidado, facilitando a reintegração social do paciente.

O processo é descrito por nossa política e Treinamento e Desenvolvimento dissertada no PRS HMTJ 045 - Gestão de Treinamento e desenvolvimento de pessoas que dissemina na unidade a mentalidade da Educação Permanente em Saúde (EPS), terá um enfermeiro de educação continuada com carga horária semanal de44h.

SETOR DE QUALIDADE:

Entre os setores que sustentam a assistência ao paciente no ramo hospitalar, o setor de Qualidade tem um importante papel no apoio das diferentes áreas e na disseminação da cultura de segurança do paciente, uma vez que ela é impulsionadora dos processos de melhoria contínua e que permeiam toda a instituição hospitalar – contribuindo para caminhos cada vez mais seguros para o paciente, colaboradores e instituição.

O setor da Qualidade possui profissionais especializados em sua sede, e para este projeto foi proposto de quadro mínimo de Um enfermeiro rotina da Qualidade e Um Assistente AdmnistrativoSênior, ambos com carga horária semanal de 44h.

SERVIÇO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITAL (SCIH):

O Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH) é o núcleo executivo da CCIH (Comissão de Controle de Infecção Hospitalar), ao qual tem finalidade de atuação de forma ativa na prevenção e controle de infecções hospitalares; bem como o objetivo de elaborar e instituir medidas para redução da incidência e gravidade dessas enfermidades.

O setor possui profissionais especializados em sua sede, e para este projeto foi proposto de quadro mínimo de Um Enfermeiro SCIH com carga horária semanal de 44h;

NÚCLEO EPIDEMIOLÓGICO HOSPITALAR:

Setor responsável pela realização de vigilância epidemiológica de doenças agravos e eventos de notificação compulsória (DAE) no âmbito hospitalar, assim como ações relacionadas a outros agravos de interesse epidemiológico bem como a detecção de óbitos de mulheres em idade fértil, óbitos maternos declarados, óbitos infantis e fetais, óbitos por doença infecciosa e por causa mal definida, conforme Portaria SES-GO nº 2.743/2022 e Portarias GM/MS nº 1963/2021 e 1964/2021 e outras legislações vigentes. Deverá executar as ações de Vigilância Epidemiológica Hospitalar, atendendo aos seguintes requisitos de composição de equipe técnica:Unidades com até 100 leitos: Um Enfermeiro Rotina, um Técnico de enfermagem e Um assistente administrativo com jornada de 44 h semanais. com carga horária de 44 h semanais;

NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE (NSP):

O Serviço do Núcléo de Segurança do Paciente tem a missão de promover a articulação dos processos de trabalho e das informações que impactem nos riscos ao paciente, além de articular com diferentes áreas intrahospitalares que trabalhem com riscos na instituição de saúde, considerando o paciente como sujeito e objetivo final do cuidado em saúde. O setor possui profissionais especializados em sua sede, e para este projeto foi proposto de quadro mínimo de Um Enfermeiro Rotina com carga horária semanal de 44h.

TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO:

Setor responsável pela garantia da informação e atendimento aos pacientes de todas as Unidades sob Contrato de Gestão através da implantação e gerenciamento de sistemas para organização das atividades hospitalares e ambulatoriais: resultados de exames, controle de estoque, controle de entrada e saída de pacientes, entre outros.

Garante a segurança da informação e monitoramento de licenças de softwares.

responsáveis pela geração de informação aos entes públicos, quais sejam, relatórios de atividades e relatórios financeiros, objetos dos Contratos de Gestão.

Desta forma, apresentaremos abaixo a equipe local que terá como responsabilidade o monitoramento do servidor local e o suporte aos usuários dos sistemas de atendimento. No setor de Tecnologia da Informação, a proposta de quadro de colaboradores é de Um Supervisor de TI e Um técnico de apoio ao usuário TI, todos com carga horária semanal de 44h e Quatro técnicos de Apoio ao usuário de TI em escala 12x36 em turnodiurno.

SERVIÇO DE HIGIENE E LIMPEZA, RECEPÇÃO E PORTARIA

Ainda se tratando da administração geral da unidade, temos os setores Serviço de Higiene e Limpeza, Recepção e Portaria, que desenvolvem suas atividades com o apoio da Matriz no que diz respeito a implantação dos processos de trabalho.

Para o setor de higiene e limpeza foi proposto um quadro com:

Um Supervisor de Limpeza, exercendo carga horária de 44 h semanais;Dois Encarregados de Limpeza em escala 12x36 em turnos diurnos;44 auxiliares de limpeza distribuídos em escala 12x36 entre turnos diurno e noturno.04 auxiliares de limpeza diaristas com a carga horária de 44h semanais.

A recepção e portaria, tem como proposta de RH:

✓ 01 Supervisor de Recepção com carga horária de 44 h semanais, 10 Recepcionistas divididos em escala 12x36 em turnos diurno e noturno;03 Recepcionistas diaristas com a carga horária de 44h semanais para apoio e folgas;10 Porteiros distribuídos em escala 12x36 entre turnos diurno e noturno.

DEPARTAMENTO DE SUPRIMENTOS E LOGÍSTICA:

Responsável pelo planejamento da compra de materiais, estudos de disponibilidade de materiais, estratégia de pré-pedido, processamento / controle de requisição, relacionamento entre diferentes setores e funções, controle do recebimento, garantia do cumprimento dos prazos para todas as atividades do gerenciamento de suprimentos. Validação das compras e monitoramento do giro de estoques, além de garantir que o melhor custo benefício seja o fator primordial no processo de compras

Como equipe local teremos na farmácia e almoxarifado: um farmacêutico RT com carga horária de 44h semanais, 01 Farmacêutico diarista com carga horária semanal de 44 h, 04 Farmacêuticos distribuídos em escala 12 X 36 diurno e noturno, 14 técnicos de farmácia dispostos em escala de 12x36 em turnos diurno e noturno, um técnico de farmácia com jornada de 44h semanais, um Assistente de Almoxarifado Sênior e Um Assistente de Almoxarifado como diaristas numa jornada semanal de 44h.

FATURAMENTO / SAME:

O setor de faturamento, tem como objetivo processar todas os atendimentos por meio da análise e codificação de procedimentos ocorridos na Unidade de Pronto Atendimento. É responsável também, pela guarda e entrega de solicitações de prontuario da Unidade. A proposta para execução do serviço na unidade conta com quadro composto por;

✓ Um Assistente de Faturamento Sênior, Dois Assistentes de Faturamento e Um auxiliar de faturamento como diarista numa jornada de trabalho de 44h semanais.

MANUTENÇÃO:

Executam serviços de manutenção, pequenos reparos, elétrica, mecânica, hidráulica, carpintaria e alvenaria, substituindo, trocando, limpando, reparando e instalando peças,

componentes e equipamentos. Trabalham seguindo normas de segurança, higiene, qualidade e proteção ao meio ambiente. Seu quadro contará com um Supervisor de Manutenção e Um oficial de manutenção como diarista numa jornada de trabalho de 44h semanais e 04 Oficiais de Manutenção distribuídos em escala 12x36 entre turnos diurnoe noturno.

NIR (NÚCLEO INTERNO DE REGULAÇÃO):

O setor do NIR é responsável pelo monitoramento do paciente desde sua chegada à intituição até à sua transferencia ou alta hospitalar. Atuam na regulação de vagas, gestão dos leitos, ocupação e solicitação de transferencias e remoções de pacientes na Unidade. O NIR seguem normas pré-estabelecidos para atendimento dos pacientes e tem relação intra-hospitalares e extra-hospitalares, envolvendo contrarreferenciamento dos pacientes. A execução deste processo, leva em consideraçao três premissas:

I. Gestão de leitos: Processo pelo qual a unidade organiza seu dia a dia e organiza os processos de cuidado aos seus pacientes, que norteiem quais necessidades e/ ou recursos, são necessários para a assistência ao mesmo;

II. Regulação interna hospitalar: Processo subordinado e vinculado diretamente a gestão/ alta liderança da unidade, ao qual se orienta por meio de boas práticas de regulação e movimentação de pacientes na unidade.

III. Estruturação de linhas de cuidado: De acordo com o perfil epidemiológico da unidade, são implantados e implementados protocolos clínicos assistenciais que objetivam proporcionar um roteiro assistencial frente ao atendimento das comorbidades e/ ou patologias dos pacientes assistidos pelo corpo técnico fiuncional. As avaliações e visitas diárias das equipes multidisciplinares atuam de maneira estratégica, como indutoras e facilitadoras da gestão de recursos hospitalares, cujo uso será regrado por diretrizes pactuadas no Contrato de Gestão com vistas a monitorar e propor protocolos terapêuticos em conformidade aos cuidados e ofertar intervenções produtoras destes cuidados.

A composição do quadro funcional do setor está proposto em: Um enfermeiro rotina com jornada de 44 h semanais, Um Auxiliar Administrativo em jornada de 44 h semanais, Quatro Auxiliares Administrativos compõem o quadro numa escala de 12x36 em turnos diurnos e noturnos.

ÁREA ASSISTENCIAL:

O setor de enfermagem compõem os centros de custos de UTI, Enfermaria, Pronto Atendimento, Classificação de Risco, setores de Observação Vermelha e Amarela, Ecocardiograma, Ultrassonografia, Ambulatório, Centro Cirúrgico, Central de Material Esterilizado, setores de sutura, Eletrocardiograma, Sala de Medicação, Hipordemia, Síndrome Gripal, consultórios, e ambulância, setores estes que serão ao serão desenvolvidas atividades de acordo com os protocolos institucionais, pautados na Gestão Assistencial centrada no atendimento humanizado, segurança do paciente e cuidados de assistência aos pacientes.

- ✓ Um Enfermeiro RT e um Coordenador dos Serviços de Enfermagem como diaristas numa jornada de trabalho de 44h semanais;
- ✓ Quatro enfermeiros rotinas com jornada semanal de 44 h;
- ✓ Trinta e quatro enfermeiros compondo a escala assistencial 12x36 em turnos diurnos e noturnos e Um enfermeiro com escala de 44 h semanais;
- ✓ Cento e sessenta e seis Técnicos de Enfermagem compondo o quadro numa escala de 12x36 em turnos diurnos e noturnos.
- ✓ Quatro Técnicos de Enfermagem como diarista numa jornada de trabalho de 44h semanais;
- ✓ Quatro Auxiliares Administrativos como diarista numa jornada de trabalho de 44h

semanais.

- ✓ Dez Instrumentadores Cirurgicos em escala 12x36 em turnos diurnos e noturnos.

A equipe multiprofissional será composta de:

Serviço de Fisioterapia:: Um Fisioterapeuta RT, um Supervisor de Serviços de Fisioterapia e um terapeuta ocupacional com carga horária de 30 horas semanais e 21 fisioterapeutas com carga horária de 30 horas semanais distribuidos em escalas de trabalho para execução do serviço.

Serviço de Nutrição: Um Nutricionista RT e Um Nutricionista com carga horária de 44 horas;

Serviço de Psicologia: Um Psicólogo RT com carga horária de 44 horas semanais;

Serviço de Fonoaudiologia: Um Fonoaudiólogo RT com carga horária de 44 horas semanais;

Serviço de Odontologia: Um Cirurgião dentista RT e Um Cirurgião dentista com jornada de 44horas semanais.

SERVIÇO SOCIAL:

O setor de Serviço social orientando indivíduos, famílias, comunidade e instituições sobre direitos e deveres (normas, códigos e legislação), serviços e recursos sociais e programas de educação; planejar, coordenar e avaliar planos, programas e projetos sociais em diferentes áreas de atuação profissional (seguridade, educação, trabalho, jurídica, habitação e outras);Sera composto por um Assistente Social RT e Um Assistente Social como diarista numajornada de trabalho de 30 h semanais.

SERVIÇO DE IMAGEM (RADIOLOGIA/TOMOGRAFIA):

O setor de Serviço de Imagem radiológica tem como premissa auxiliar no diagnóstico médico por meio da prestação de atendimento aos pacientes, realizando as atividades segundo boas práticas, normas e procedimento de biossegurança e código de conduta.

Terá como equipe setorial Um supervisor de aplicações técnicas de Raio X como responsável técnico do serviço e 21 Técnicos de Radiologia que serão distribuídos em escalas de até 24 h semanais, para cumprimento da jornada de trabalho estabelecida para funcionamento do serviço;

AGENCIA TRANSFUSIONAL:

O setor de Serviço tem como premissa auxiliar no diagnóstico médico por meio da prestação de atendimento aos pacientes, internos e externos, realizando as atividades segundo boas práticas, normas e procedimento de biossegurança e código de conduta, meio da análise clínica de amostras recolhidas sob condições de rotinas e/ ou emergenciais. A composição do quadro é de Um Bioquímico RT como diarista numa jornada de trabalho de 30 h semanais e Quatro técnicos em Patologia Clínica em escala 12x36 em turnos diurnos e noturnos.

SETOR DE TRANSPORTE:

O setor de Transporte tem a finalidade de apoio administrativo para locomoção e transporte no ambito de prestação de serviços da unidade, sejam estes de profissionais, insumos e documentos destinados a instituição.

- ✓ Um motorista com jornada de 44 h semanais.



10.2.3: ÁREA DA QUALIDADE TÉCNICA

IMPLEMENTAÇÃO E FUNCIONAMENTO DE OUTROS SERVIÇOS

Apresentação da padronização de medicamentos e materiais médicos hospitalares

2011

HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS

FARMÁCIA

Título: Medicamentos Padronizados

Medicamento	Descrição	Apresentação	Classificação	Subclassificação	Outras funções
A					
AAS (ác. Acetilsalicílico)	100 mg	Cp	Anticoagulante/ Antiagregante plaquetário	AINE	Anti-inflamatório, antipirético, analgésico
ACETILCISTEÍNA	600 mg	Env.	Mucolítico e expectorante	-	Antídoto do paracetamol
ACICLOVIR	200 mg	Cp	Antiviral	Nucleosídeo análogo da purina	Maior atividade contra VHS-1, seguido por VHS-2, VVZ, VEB e CMV.
ACICLOVIR	250 mg	Fr / Amp	Antiviral	Nucleosídeo análogo da purina	Maior atividade contra VHS-1, seguido por VHS-2, VVZ, VEB e CMV.
ÁCIDO FÓLICO	5 mg	Cp	Micronutriente	-	'
ÁCIDO TRANEXÂMICO	50 mg/ml	Cp	Antihemorrágico	-	-
ÁCIDO VALPRÓICO* (C1)	250 mg	Cp	Anticonvulsivante e estabilizante de humor.	-	-
ÁCIDO VALPRÓICO* (C1)	250 mg/5ml	Xrp. 100 ml	Anticonvulsivante e estabilizante de humor.	-	-
ADENOSINA	3mg/ml	Amp/ 2ml	Antiarrítmico	Nucleosídeo	Tratamento da taquicardia supraventricular paroxística.
ADDERA D3 (Colecalciferol-Vitamina D3)	3300 UI/ml	Fr/ gts 10ml	Vitaminas	Micronutriente	-

ADRENALINA/EPINEFRINA	1 mg/ml	Amp/ 1ml	Broncodilatador	Vasopressor agonista dos receptores α e β adrenérgicos-simpaticomimético	- Paradas cardíacas. - Tratamento de reações anafiláticas. - Usado em infusão contínua como suporte hemodinâmico. - Adicionados aos anestésicos locais para diminuir a absorção sistêmica de anestésicos locais e intra-espinhais e aumentar a duração da ação.
ÁGUA DESTILADA	-	Amp/ 10ml	Repositor Eletrolítico	-	-
ÁGUA DESTILADA	-	Fr/ 250ml	Repositor Eletrolítico	-	-
ÁGUA DESTILADA	-	Fr/ 500ml	Repositor Eletrolítico	-	-
ÁGUA DESTILADA	-	Fr/ 1000ml	Repositor Eletrolítico	-	-
ALBENDAZOL	400 mg	Cp	Antiparasitário	Anti-helmíntico	-
ALBOCRESIL (policresuleno)	12 ml	12 ml	Antimicrobiano	-	Anti-hemorrágico, cicatrizante
ALBUMINA HUMANA	20,00%	50ml	Nutrientes por via venosa ou oral	Proteína	-Problemas nos rins - Queimaduras - Problemas no fígado que causam uma diminuição na produção de albumina pelo organismo - Sangramentos graves - Cirrose no fígado
ALPROSTADIL	20 mcg	Fr/Amp 1ml	Vasodilatador	Inibidor de agregação plaquetária	Doença congênita cardíaca dependente de ducto arterioso.
ALTEPLASE	10 mg	Fr/Injetável	Anticoagulante/ Antiagregante plaquetário	Trombolítico	-
ALTEPLASE	20 mg	Fr/Injetável	Anticoagulante/ Antiagregante plaquetário	Trombolítico	-
ALTEPLASE	50 mg	Fr/Injetável	Anticoagulante/ Antiagregante plaquetário	Trombolítico	-
AMICACINA	250 mg/ml	Amp/ 2ml	Antimicrobiano	Aminoglicosídeo	-

AMINOFILINA	24 mg/ml	Amp/ 10ml	Broncodilatador	Estimulante do SNC e da musculatura esquelética.	- Crise de Cheyne Stokes. - Insuficiência cardíaca congestiva. - Antiespamódico (cólicas biliares) - Potencializadora do efeito dos diuréticos em nefropatias com importante componente edematoso.- Vaso-espasmo cerebral.
AMIODARONA	50 mg/ml	Amp/ 3ml	Antiarrítmico	Antiarrítmicos de classe III (bloqueiam os canais de K+)	-
AMIODARONA	100 mg	Cp	Antiarrítmico	Antiarrítmicos de classe III (bloqueiam os canais de K+)	-
AMITRIPTILINA * (C1)	25 mg	Cp	Antidepressivo	Antidepressivo tricíclico	-
AMOXACILINA	250 mg/ 5ml	Susp	Antimicrobiano	Penicilina- β-lactâmico de espectro moderado	-
AMOXACILINA	500 mg	Cp	Antimicrobiano	Penicilina- β-lactâmico de espectro moderado	-
AMOXACILINA + CLAVULANATO	1 gr	Fr/ 200mg	Antimicrobiano	-	-
AMOXACILINA + CLAVULANATO	500 mg/ 125mg	Cp	Antimicrobiano	-	-
AMOXACILINA + CLAVULANATO	250mg/62,5mg/5 ml	Susp.	Antimicrobiano	-	-
AMPICILINA	500 mg	Cp	Antimicrobiano	Penicilina- β-lactâmico de espectro moderado	-
AMPICILINA	500 mg	Fr	Antimicrobiano	Penicilina- β-lactâmico de espectro moderado	-
AMPICILINA	1g	Fr	Antimicrobiano	Penicilina- β-lactâmico de espectro moderado	-
AMPICILINA + SULBACTAM	3 gr	Fr	Antimicrobiano	-	-
ANLODIPINO	5 mg	Cp	Antihipertensivo	Bloqueador dos canais de Ca+	Tratamento da isquemia miocárdica.
APIXABANA	2,5	Cp	Anticoagulante	-	-

APIXABANA	5	Cp	Anticoagulante	-	-
ATENOLOL	50 mg	Cp	Antihipertensivo	Bloqueador beta-1 seletivo	Tratamento de angina e arritmias cardíacas, além de infarto do miocárdio.
ATROPINA (Sulfato)	0,5 mg/ml	Amp/ 1ml	Anticolinérgico/ Antisecretor	Alcalóide	Agente antiespasmódico.
AZITROMICINA	600 mg	Susp	Antimicrobiano	-	-
AZATIOPRINA	50 mg	cp	Imunossupressor	Antimetabólito imunossupressor	Análogo sintético da purina
AZUL DE METILENO	2,00%	Ampola / 2ml	Demarcador Cirúrgico	-	-Antisséptico; - Antídoto para fenazopiridina e nitritos; - Tratamento de metahemoglobinemia;
B					
BACLOFENO	10 mg	Cp	Antiinflamatório	Relaxante muscular (antiespástico) que atua nos receptores GABA a nível medular	-
BECLOMETASONA (Dipropionato)	50mcg/dose	Sol. Nasal / 400 mcg	Anti-inflamatório	Corticosteróide nasal	Tratamento de manutenção da asma e da DPOC; rinite.
BICARBONATO DE SÓDIO	8,4%	Amp/ 10ml	Repositor Eletrolítico	-	Tratamento da alcalinização da urina, prevenção na nefropatia por contraste, uso crônico na insuficiência renal crônica e acidose tubular renal, tratamento da hipercalemia aguda.
BICARBONATO DE SÓDIO	8,4%	Fr/ 250ml	Repositor Eletrolítico	-	-
BISACODIL	5 mg	Cp	Laxante	-	-
BROMOPRIDA	10 mg	Cp	Antiemético	-	-
BROMOPRIDA	10 mg	Amp/ 2ml	Antiemético	-	-
BROMOPRIDA	4mg/ml	Fr/ gts 20ml	Antiemético	-	-
C					

CAFEINA	20 mg/ml	Amp/ 1 ml	Psicoanalético	Antiapnéico	Tratamento da apneia primária em recém-nascidos prematuros.
CAFEÍNA – Manipulado	5 mg/ml	Frasco	-	Antiapnéico	-
CAPTOPRIL	25 mg	Cp	Antihipertensivo	Inibidor da enzima conversora de angiotensina (IECA)	Tratamento em alguns casos de insuficiência cardíaca.
CAPTOPRIL	50 mg	Cp	Antihipertensivo	Inibidor da enzima conversora de angiotensina (IECA)	Tratamento em alguns casos de insuficiência cardíaca.
CAPTOPRIL - Manipulado	1 mg/ml	Frasco / 50ml	Antihipertensivo	Antihipertensivo	Tratamento em alguns casos de insuficiência cardíaca.
CAPTOPRIL - Manipulado	5 mg/ml	Fr/50 ml	Antihipertensivo	Inibidor da enzima conversora de angiotensina (IECA)	Tratamento em alguns casos de insuficiência cardíaca.
CARBAMAZEPINA * (C1)	200 mg	Cp	Anticonvulsivante	-	-
CARVEDILOL	3,125 mg	Cp	Antihipertensivo	Bloqueador β1-α1	Tratamento da insuficiência cardíaca congestiva severa.
CARVEDILOL	6,25 mg	Cp	Antihipertensivo	Bloqueador β1-α1	Tratamento da insuficiência cardíaca congestiva severa.
CEFALEXINA	500 mg	Cáps	Antimicrobiano	Cefalosporina- β-lactâmico	-
CEFALEXINA	250 mg/ 5ml	Susp	Antimicrobiano	Cefalosporina de 1ª geração- β-lactâmico	-
CEFAZOLINA	1 gr	Amp	Antimicrobiano	Cefalosporina de 1ª geração	-
CEFEPIME	1 gr	Amp	Antimicrobiano	Cefalosporina de 4ª geração	-
CEFTAZIDIMA	1 gr	Amp	Antimicrobiano	Cefalosporina de 3ª geração	-
CEFTRIAXONA	1 gr	Amp	Antimicrobiano	Cefalosporina de 3ª geração	-
CETAMINA (Cloridrato) * (C1)	50mg/ml	2ml	Anestésico	Dissociativo não barbitúrico	-
CETAMINA (Cloridrato) * (C1)	50mg/ml	10ml	Anestésico	Dissociativo não barbitúrico	-
CETOCONAZOL	200 mg	Cp	Antimicótico	Grupo dos azóis	-
CETOCONAZOL	20 mg/g	Cr/ 30g	Antimicótico	Grupo dos azóis	-

CETOPROFENO	100 mg	Fr IV	Antiinflamatório	AINE	Analgésico e anti-reumático.
CIANOCOBALAMINA + TIAMINA + PIRIDOXINA (Citoneurin)	5000mcg/ml + 100mg/ml + 100/mlmg	Amp/ 1ml	Vitaminas	Polivitamínico	Usado como auxiliar no tratamento de neuralgia e neurite.
CICLOFOSFAMIDA	1000mg	Fr IV	Imunossupressor	Agente nitrogênico do grupo das oxazoforinas	Usado para tratar Lúpus eritematos, desordens auto-imunes e artrites reumáticas.
CICLOFOSFAMIDA	200mg	Fr IV	Imunossupressor	Agente nitrogênico do grupo das oxazoforinas	**Obs: Somente será dispensada para pacientes da neurologia e reumatologia**
CIPROFLOXACINO	500 mg	Cáps	Antimicrobiano	Quinolona	-
CIPROFLOXACINO	200 mg	Fr/ 100ml	Antimicrobiano	Quinolona	-
CITALOPRAM * (C1)	20 mg	Cp	Antidepressivo	Inibidor seletivo da recaptação de serotonina	Indicado para transtorno obsessivo compulsivo e transtorno do pânico.
CLARITROMICINA	500 mg	Amp IV	Antimicrobiano	Macrolídeo	-
CLARITROMICINA	500 mg	Cáps	Antimicrobiano	Macrolídeo	-
CLINDAMICINA	600 mg	Amp/ 4ml	Antimicrobiano	Lincosamida	-
CLISTER GLICERINADO	12,00%	Fr/ 500ml	Laxante	-	-
CLONAZEPAM * (B1)	0,5 mg	Cp	Anticonvulsivante	Benzodiazepínico	Transtorno do pânico, ansiedade generalizada, insônia.
CLONAZEPAM * (B1)	2,0 mg	Cp	Anticonvulsivante	Benzodiazepínico	Transtorno do pânico, ansiedade generalizada, insônia.
CLONIDINA (Cloridrato)	150 mcg/ml	Amp/1ml	Antihipertensivo	Agonista adrenérgico de α2	Dor neuropática, desintoxicação por opioides, hiperidrose do sono e usos off lable para neutralizar os efeitos secundários dos medicamentos estimulantes como metilfenidato ou as anfetaminas.
CLONIDINA (Cloridrato)/ Atensina	0,100 mg	Cp	Antihipertensivo	Agonista Adrenérgico de α2	Dor neuropática, desintoxicação por opioides, hiperidrose do sono e usos off lable para neutralizar os efeitos secundários dos medicamentos estimulantes como o mertilfenidato ou as anfetaminas.

CLOPIDOGREL (Bissulfato)	75 mg	Cp	Anticoagulante/ Antiagregante plaquetário	-	-
CLORETO DE CETILPIRIDÍNIO	0,5 mg	Fr/ 300ml	Antisséptico	-	-
CLORETO DE POTÁSSIO	19,10%	Amp/ 10ml	Repositor Eletrolítico	-	* 1g de cloreto de potássio contém 13 mEq de potássio
CLORETO DE POTÁSSIO	60 mg/ml	Xarope 100 ml	Repositor Eletrolítico	-	-
CLORETO DE SÓDIO	0,90%	Fr/ 30ml	Descongestionante Nasal Tópico	-	-
CLORETO DE SÓDIO	0,90%	Amp/ 10ml	Repositor Eletrolítico	-	-
CLORETO DE SÓDIO	20,00%	Amp/ 10ml	Repositor Eletrolítico	-	-
CLORETO DE SÓDIO	0,90%	Fr/ 500ml	Repositor Eletrolítico	-	-
CLORETO DE SÓDIO	0,90%	Fr/ 1000ml	Repositor Eletrolítico	-	-
CLORETO DE SÓDIO	0,90%	Fr/ 250ml	Repositor Eletrolítico	-	-
CLORETO DE SÓDIO/ CLORETO DE NAFAZOLINA	0,9%/0,1mg	Fr/ 30ml	Descongestionante Nasal Tópico	-	-
CLOREXIDINE (ALMOTOLIA)	0,12%	Uso Oral	Antisséptico	Composto sintético derivado de uma bisbiguanida.	-
CLORPROMAZINA (Cloridrato)* (C1)	25 mg	Amp	Antipsicótico	Neuroléptico, vagolítico, simpatolítico, sedativo.	- Antiemético - Agente pré-anestésico. - Pode ser associado com barbitúricos no tratamento do tétano. - Analgesia obstétrica e tratamento da eclampsia (avaliar risco benefício).
CLORPROMAZINA (Cloridrato)* (C1)	40 mg /ml	Gts	Antipsicótico	Neuroléptico, vagolítico, simpatolítico, sedativo.	- Antiemético - Agente pré-anestésico. - Pode ser associado com barbitúricos no tratamento do tétano. - Analgesia obstétrica e tratamento da eclampsia (avaliar risco
CODEÍNA + PARACETAMOL * (C1)	30mg/500mg	Cp	Analgésico	-	-

COLAGENASE + CLORANFENICOL	0,6 U/0,01g	Pomada-Tubo/ 30g	Cicatrizante	Preparação proteolítica enzimática obtida a partir de culturas do Clostridium histolyticum- agente debridante.	Profilaxia de transplantes cutâneos
COMPLEXO B	-	Cp	Vitaminas	-	-
COMPLEXO B	-	Amp/ 2ml	Vitaminas	-	-
COMPLEXO VITAMÍNICO	-	Fr/ 20 ml	Vitaminas	-	-
COMPRESSA COM EMULSÃO DE PETROLATUM	7,6cm x 7,6cm	Cobertura para feridas		Úlceras venosas, arteriais ou por pressão.	Ferida cirúrgica. Queimaduras de segundo grau de pequena extensão. Feridas com tecido de granulação.
CURATIVO ALGINATO DE CÁLCIO	-	Curativo	-	-	Atua absorvendo o exsudato.
CURATIVO ALGINATO DE CÁLCIO COM PRATA	-	Curativo	-	-	Atua absorvendo o exsudato e a prata oferece ação antimicrobiana ao leito da ferida.
CUROSURF	1,5 ml	Fr/ 120mg	Surfactante Pulmonar	-	-
CUROSURF	3,0 ml	Fr/ 240mg	Surfactante Pulmonar	-	-
D					
D.A.G.E/ Dersani	Óleo	Fr/ 200ml	Hidratante / Protetor Epidérmico	-	-
DELTAMETRINA	Loção 0,02%	Fr/ 100ml	Antiparasitário	Da classe dos piretroídes, atua como pediculicida e escabicida	-
DESLANOSIDEO	0,2 mg/ml	Amp/ 2ml	Cardiotônico	Glicosídeo cardíaco	-
DEXAMETASONA	Cr/ 1%		Corticóide	Corticóide sistêmico	- Anti-inflamatório
DEXAMETASONA (Fosfato dissódico)	4 mg/ml	Amp/ 2,5ml	Corticóide	Corticóide sistêmico	- Anti-inflamatório; Neoplasias ; Edema cerebral; Choque séptico - Antiemético na quimioterapia -Teste diagnóstico (overnight) para síndrome de Cushing - Associada a mineralocorticóides possibilita reposição na insuficiência adrenal.
DEXAMETASONA	4 mg	Cp	Antialérgico	Corticosteróide	Anti-emético, anti-inflamatório

DEXCLOFENIRAMINA	2 mg	Cp	Antialérgico	Anti-histamínico, anti-colinérgico	Sedativo suave
DEXCLOFENIRAMINA	0,4 mg/ml	Susp/ 100ml	Antialérgico	Anti-histamínico, anti-colinérgico	Sedativo suave
DIAZEPAM * (B1)	10 mg	Cp	Anticonvulsivante	Benzodiazepínico	-
DIAZEPAM * (B1)	10mg/ml	Amp/ 2ml	Anticonvulsivante	Benzodiazepínico	-
DICLOFENACO SÓDICO	50 mg	Cp	Antiinflamatório	AINE	Analgésico
DICLOFENACO SÓDICO	75mg/3ml	Amp	Antiinflamatório	AINE	Analgésico
DIGOXINA	0,25 mg	Cp	Cardiotônico	Glicosídeo cardíaco	-
DIGOXINA	0,05 mg/ml	Fr/ 60 ml	Cardiotônico	Glicosídeo cardíaco	-
DILTIAZEM	60 mg	Cp	Vasodilatador	Bloqueador dos canais de cálcio	-
DIMENIDRATO+PIRIDOXINA (Dramin B6)	10 ml	Amp/ 10ml	Antiemético	-	-
DIMETICONA	40 mg	Cp	Antifisético	-	Preparo para exames radiológicos e endoscopias.
DIMETICONA	75 mg/ml	Fr/ 10ml	Antifisético	-	Preparo para exames radiológicos e endoscopias.
DIPIRONA SÓDICA	500 mg	Cp	Analgésico	AINE	Antipirético
DIPIRONA SÓDICA	500 mg/ml	Amp/ 2ml	Analgésico	AINE	Antipirético
DIPIRONA SÓDICA	500 mg/ml	Amp/ 5ml	Analgésico	AINE	Antipirético
DIPIRONA SÓDICA	500 mg	Fr/ gts 10ml	Analgésico	AINE	Antipirético
DOBUTAMINA	12,5 mg/ml	Amp/ 20 ml	Hipertensor / Drogas Vasoativas	Agonista adrenérgico-inotrópico positivo-ação sobre os receptores β1 e β2-adrenérgicos.	-
DOMPERIDONA	100 mg	Susp.	Antiemético	Antagonista da dopamina	-
DOPAMINA (Cloridrato)	5 mg/ ml	Amp/ 10 ml	Hipertensor / Drogas Vasoativas	Ação sobre os receptores dopaminérgicos D1 e D2, exercendo efeitos vasodilatadores sobre os receptores β1 e β2 e sobre os receptores α, em doses mais altas causando vasoconstrição.	Agonista adrenérgico-inotrópico positivo

DROPERIDOL * (C1)	2,5 mg/ml	Amp/ 2ml	Antiemético	Antagonista da dopamina	Agente antipsicótico.
E					
EFEDRINA (Sulfato)	50 mg/ml	Amp/ 1 ml	Hipertensor / Drogas Vasoativas	α, β agonista	Descongestionante nasal.
ENALAPRIL	10 mg	Cp	Antihipertensivo	Inibidor da enzima conversora de angiotensina (IECA)	Tratamento em alguns casos de insuficiência cardíaca.
ENALAPRIL	20 mg	Cp	Antihipertensivo	Inibidor da enzima conversora de angiotensina (IECA)	Tratamento em alguns casos de insuficiência cardíaca.
ENOXAPARINA (Clexane)	20 mg/0,2 mL	Seringa 0,2ml	Anticoagulante/ Antiagregante plaquetário	Heparina de baixo peso molecular	-
ENOXAPARINA (Clexane)	40 mg/0,4 mL	Seringa 0,4ml	Anticoagulante/ Antiagregante plaquetário	Heparina de baixo peso molecular	-
ENOXAPARINA (Clexane)	60 mg/0,6 mL	Seringa 0,6ml	Anticoagulante/ Antiagregante plaquetário	Heparina de baixo peso molecular	-
EPITEZAN	3,5 gr	Pom Oftalm	Antimicrobiano para uso tópico	-	-
ESCITALOPRAM	10 mg	Cp	Antidepressivo	Inibidor seletivo da recaptação de serotonina	-
ESPIRONOLACTONA	25 mg	Cp	Diurético	Diurético poupador de potássio- Antagonista da aldosterona.	Hirsutismo
ESPIRONOLACTONA	100 mg	Cp	Diurético	Diurético poupador de potássio- Antagonista da aldosterona.	Hirsutismo
ESPIRONOLACTONA	5 mg	-	Manipulados	Diurético poupador de potássio;antagonista da aldosterona.	Tratamento de edema associado com ICC; cirrose hepática com edema ou ascites, síndrome nefrótica; hipertensão; hiperaldosteronismo primário, hipercalemia e hirsutismo.

ETILEFRINA (Cloridrato)	10 mg/ ml	Amp/ 1ml	Hipertensor / Drogas Vasoativas	Agente simpaticomimético de ação direta, com elevada afinidade pelos os receptores α1, β1 e β2	-
ETHAMOLIN	0,05 mg/	Amp 2 Ml	-	-	-
ETOMIDATO* (C1)	2 mg	Amp/ 10ml	Sedativo	Hipnótico intravenoso de ação curta (menos de 10 min).	Pode ser utilizado para induzir anestesia geral, bem como um suplemento da anestesia regional.
F					
FENILEFRINA (Cloridrato)	10 mg/ ml	Amp/ 1ml	Hipertensor / Drogas Vasoativas	Agonista seletivo do receptor adrenérgico α1	- Descongestionante nasal - Agente cardiotônico
FENITOÍNA SÓDICA * (C1)	50 mg/ml	Amp/ 5ml	Anticonvulsivante	Bloqueador dos canais de Na	-
FENITOÍNA SÓDICA * (C1)	100 mg	Cp	Anticonvulsivante	Bloqueador dos canais de Ca	-
FENOBARBITAL * (B1)	100 mg	Cp	Anticonvulsivante	Barbitúrico	-
FENOBARBITAL * (B1) – Fenocris	100mg/ml	Amp/ 2ml	Anticonvulsivante	Barbitúrico	-
FENOBARBITAL * (B1)	40mg/ml	Fr/ gts 30ml	Anticonvulsivante	Barbitúrico	-
FENOTEROL (Bromidrato)	5 mg/ml	Fr/gts/ 20 ml	Broncodilatador	B-2 agonista de curta duração.	-
FENTANILA(Citrato) * (A1)	0,05 mg/ml	Amp/ 2ml	Anestésico	Anestésico geral- Analgésico Opióide	-
FENTANILA(Citrato) * (A1)	0,05 mg/ml	Fr/ 10ml	Anestésico	Anestésico geral- Analgésico Opióide	-
FITOMENADIONA (Vitamina K)	10 mg	Amp/ 1ml	Antihemorrágico	Antagonista específico da femprocumona	Reposição de vitamina K
FLEET ENEMA	130ml	Fr/ 130 ml	Laxante	-	-

FLUCONAZOL	150 mg	Cp	Antimicótico	Grupo dos triazólicos	-
FLUCONAZOL	200mg/100 ml	Injetável	Antimicótico	Grupo dos triazólicos	-
FLUMAZENIL (C1)	0,1mg/ml	Amp/ 5 ml	Antagonista de Benzodiazepínicos	-	Em terapia intensiva e para tratamento de perda de consciência de causa desconhecida
FLUOXETINA (Cloridrato)* (C1)	20 mg	Cp	Antidepressivo	Inibidor seletivo da recaptação de serotonina	-
FOSFOMICINA	3 gr	Env.	Antimicrobiano	Inibe a síntese da parede celular bacteriana;	Diminui a aderência da bactéria às células de revestimento do trato urinário.
FUROSEMIDA	10 mg/ml	Amp/ 2ml	Diurético	Diurético de alça	-
FUROSEMIDA	40 mg	Cp	Diurético	Diurético de alça	-
FUROSEMIDA	10 mg	-	Manipulados	Diurético de alça	Tratamento de edema associado à ICC; edema e ascite relacionados a hepatopatias. Edema/ hipervolemia associada à síndrome --nefrótica e IRC. O benefício no tratamento da IR é duvidoso.
G					
GENTAMICINA	20 mg	Amp/ 1ml	Antimicrobiano	Aminoglicosídeo	-
GENTAMICINA	80 mg	Amp/ 2 ml	Antimicrobiano	Aminoglicosídeo	-
GLIBENCLAMIDA	5 mg	Cp	Anti-diabético	Sulfoniluréia	-
GLICOSE	25,00%	Amp/ 10ml	Nutrientes por via venosa ou oral	-	Indicado em casos de desidratação, reposição calórica, nas hipoglicemias e como veículo para diluição de medicamentos compatíveis. O uso deste medicamento é indicado para correção de hipoglicemia infantil, podendo ser utilizado em nutrição parenteral de crianças.
GLICOSE	50,00%	Amp/ 10ml	Nutrientes por via venosa ou oral	-	-
GLUCONATO DE CÁLCIO	10,00%	Amp/ 10ml	Repositor Eletrolítico	-	-

H					
HALOPERIDOL* (C1)	2mg/ml	Fr/ 30 ml	Antipsicótico	Neuroléptico da classe das Butirofenonas-bloqueador do receptor D2 da dopamina.	Tratamento de enjoos, vômitos incoercíveis, disartrias e soluços.
HALOPERIDOL* (C1)	5 mg	Amp/ 1ml	Antipsicótico	Neuroléptico da classe das Butirofenonas-bloqueador do receptor D2 da dopamina.	Tratamento de enjoos, vômitos incoercíveis, disartrias e soluços.
HALOPERIDOL* (C1)	5 mg	Cp	Antipsicótico	Neuroléptico da classe das Butirofenonas-bloqueador do receptor D2 da dopamina.	Tratamento de enjoos, vômitos incoercíveis, disartrias e soluços.
HEPARINA SÓDICA	5000 UI/ml	Fr/ 5ml	Anticoagulante/ Antiagregante plaquetário	Família dos glicosaminoglicanos	Trombolítico
HEPARINA SÓDICA	5000 UI/ml	Amp/ 0,25ml	Anticoagulante/ Antiagregante plaquetário	Família dos glicosaminoglicanos	Trombolítico
HIDRALAZINA	25 mg	Cp	Antihipertensivo	Vasodilatador	Tratamento em alguns casos de insuficiência cardíaca congestiva
HIDRALAZINA	50 mg	Cp	Antihipertensivo	Vasodilatador	Tratamento em alguns casos de insuficiência cardíaca congestiva
HIDROCLOROTIAZIDA	25 mg	Cp	Diurético	Diurético tiazídico	-
HIDROCLOROTIAZIDA	50 mg	Cp	Diurético	Diurético tiazídico	-
HIDROCORTISONA (Acetato)	1,00%	Tubo/ 15g	Corticóide	Adrenocorticoide não fluorado de potência baixa	- Anti-inflamatório
HIDROCORTISONA (Succinato)	500 mg	Fr	Corticóide	Corticóide sistêmico	- Antiinflamatório antireumático - Choque séptico
HIDROCORTISONA (Succinato)	100 mg	Fr	Corticóide	Corticóide sistêmico	- Antiinflamatório antireumático - Choque séptico

HIDROGEL	-	Fr	Cobertura	-	-
HIDRÓXIDO DE POTÁSSIO	10,00%	-	Manipulados	-	-
HIDRÓXIDO FÉRRICO (Sacarato)	20mg/ml	Amp/ 5ml	Antianêmico	-	-
Hidroxizine	2 mg/mL	Fras	Antihistamínico	-	-
HIDROXIDOETILAMIDO- Voluven	130/0,46%	Bolsa de PVC / 500ml	Substituto de Plasma (Expansor)	-	-
HIOSCINA COMPOSTA	20 mg	Fr/ gts 20ml	Anti-espasmódico	Alcalóide da belladona, bloqueador dos receptores muscarínicos.	Anticolinérgico
HIOSCINA COMPOSTA	20 mg	Amp/ 5ml	Antiespasmódico	Alcalóide da belladona, bloqueador dos receptores muscarínicos.	Anticolinérgico
HIOSCINA SIMPLES	10 mg	Fr / gts 20ml	Butilbrometo de escopolamina	Antiespasmódico, Anticolinérgico	Alcalóide da belladona, bloqueador dos receptores muscarínicos.
HIPOGLÓS	Pomada	Tubo/ 45g	Hidratante / Protetor Epidérmico	-	-
HIPOSSULFITO DE SÓDIO	10,00%	-	Manipulados	-	-
IMUNOGLOBULINA Anti D	300 mcg/ 2ml	Fr/ 2ml	Imunoprotetor	-	-
IBUPROFENO	100 mg/Ml	Fr	Antiinflamatório	-	-
IMUNOGLOBULINA Humana	5000/50ml	Fr/ 50ml	Imunoprotetor	-	-
INDOMETACINA	1 mg	-	Manipulados	AINE; inibidor da COX-1 e COX-2	Crise aguda de gota, bursite, tenossinovie, osteoartrite, artrite reumatoide, espondilite anquilosante, fechamento do ducto arterioso no neonato.
INSULINA	NPH	Fr/10ml	Anti-diabético	Suspensão de insulina humana recombinante isófana	-
INSULINA	Regular	Fr/10ml	Anti-diabético	Insulina humana monocomponente	-
IPRATRÓPIO (Brometo)	0,250 mg/ml	Fr/gts/ 20 ml	Broncodilatador	Anticolinérgico inalatório	-
ISOFLURANO	1 mg/ml	Fr/240 mL	Anestésico	-	-

ISOSSORBIDA (Dinitrato)	5 mg	Cp/sublingual	Vasodilatador	Bloqueador dos canais de cálcio	-
ISOSSORBIDA (Mononitrato)	20 mg	Cp	Vasodilatador	Bloqueador dos canais de cálcio	-
ISOSSORBIDA (Mononitrato)	10 mg/ml	Amp/ 1 ml	Vasodilatador	Bloqueador dos canais de cálcio	-
IVERMECTINA	6 mg	Cp	Antiparasitário	Anti-helmíntico	-
IOPAMIDOL/IOPAMIRON 300	612mg/ml	Fr/ 100ml	Contraste Radiológico Intravenosos	-	-
L					
LACRIMA PLUS	15 ml	Fr	Lubrificante Oftálmico	-	-
LACTULONA	667 mg/ml	Sol. Oral / 120ml	Laxante	Laxante osmótico	Prevenção e tratamento da encefalopatia hepática (porto-sistêmica)
LAMOTRIGINA * (C1)	25 mg	Cp	Anticonvulsivante	Bloqueador dos canais de Na	Tratamento do transtorno bipolar
LEVOFLOXACINO	500 mg	Cp	Antimicrobiano	Quinolona	-
LEVOFLOXACINO	500 mg	Fr/ 100ml	Antimicrobiano	Quinolona	-
LEVOTIROXINA SÓDICA	25 mcg	Cp	Hormônio Tireoidiano – Tratamento do Hipotireodismo	-	Tratamento da supressão de TSH da hipófise
LEVOTIROXINA SÓDICA	50 mcg	Cp	Hormônio Tireoidiano – Tratamento do Hipotireodismo	-	Tratamento da supressão de TSH da hipófise
LIDOCAÍNA	2 % s/vaso	5 ml	Anestésico	Anestésico local -Amidas.	-
LIDOCAÍNA	2 % c/vaso	Fr/ 20ml	Anestésico	Anestésico local -Amidas.	Antiarrítmico (IV)
LIDOCAÍNA	2 % s/vaso	Fr/ 20ml	Anestésico	Anestésico local -Amidas.	Antiarrítmico (IV)
LIDOCAÍNA GEL	2,00%	Tb 30gr	Anestésico	Anestésico local -Amidas.	-
LIDOCAÍNA SPRAY	100mg/ml	50ml	Anestésico	Anestésico local -Amidas.	-
LOPERAMIDA (Cloridrato)	2 mg	Cp	Antidiarreico	Agonista opioide	-

LOSARTANA POTÁSSICA	50 mg	Cp	Antihipertensivo	Antagonista dos receptores de angiotensina II	-
M					
MANITOL	20,00%	Fr/ 250 ml	Diurético	-	- Laxante osmótico - Tratamento do glaucoma - Preparo do cólon para colonoscopia - Ressecção prostática transuretral.
MERONEM	1g	Fr/Amp	Antimicrobiano	Carbapenêmico	-
METFORMINA	500 mg	Cp	Antidiabético	Biguanida	-
METILPREDNISOLONA	500 mg	Cp	Antialérgico	Esteroide anti-inflamatório	-
METILDOPA	250 mg	Cp	Antihipertensivo	Agonista adrenérgico de α2	-
METILPODA	500 mg	Cp	Antihipertensivo	Agonista adrenérgico de α2	-
METILERGOMETRINA (Maleato)	0,2 mg/ml	Amp/ 1ml	Estimulante Uterino	Ocitócico	Tratamento da atonia e da hemorragia uterina, tratamento da subinvolução do útero, da loquiometria e da hemorragia puerperal.
NEOSTIGMINA (Metilssufato) – Prostigmine	0,5 mg/ml	Amp/ 1ml	Antiastênico	Vagotônico ou colinérgico (parassimpático- mimético)	-
METOCLOPRAMIDA	10 mg	Amp/ 2ml	Antiemético	Antagonista da dopamina	-
METOCLOPRAMIDA	4 mg	Fr/ gts 10ml	Antiemético	Antagonista da dopamina	-

METROPOLOL (Tartarato)	1 mg/mL	Amp/ 5 mL	Antihipertensivo	Bloqueador β adrenérgico-β1 seletivo	- Distúrbios do ritmo cardíaco; - Infarto agudo do miocárdio; para prevenção secundária após infarto do miocárdio; - Angina do peito para profilaxia em longo prazo; - Hipertireoidismo - Distúrbios cardíacos funcionais com palpitação;
METRONIDAZOL	500 mg	Fr/ 100ml	Antiparasitário	Da família nitro-5-imidazóis, atua como amebicida, antibiótico e antiprotozoário	-
METRONIDAZOL	250 mg	Cp	Antimicrobiano	-	Amebicida, antiprotozoário
MIDAZOLAM (Cloridrato) * (B1)	1 mg/ml	Amp/ 5ml	Sedativo	Benzodiazepínico de ação moderada	-
MIDAZOLAM (Cloridrato) * (B1)	5 mg/ml	Amp/ 3ml	Sedativo	Benzodiazepínico de ação moderada	-
MIDAZOLAM (Cloridrato) * (B1)	5 mg/ml	Fr/ 10ml	Sedativo	Benzodiazepínico de ação moderada	-
MIDAZOLAM (Cloridrato) * (B1) – Dormire	2mg/ml	Amp/ 1 ml	Sedativo	Benzodiazepínico de ação moderada	-
MILRINONA (Lactato)	1 mg/ml	Amp/ 10ml	Cardiotônico	Vasodilatador	Insuficiência cardíaca congestiva.
MISOPROSTOL * (C1)	25 mcg	Comp/vaginal	Estimulante Uterino	Prostaglandina E1 (PGE1)	Tratamento e prevenção de úlcera de estômago.
MISOPROSTOL * (C1)	200 mcg	Comp/vaginal	Estimulante Uterino	Prostaglandina E1 (PGE1)	Tratamento e prevenção de úlcera de estômago.
MORFINA (Sulfato) / Dimorf *(A1)	10 mg	Cp	Analgésico	Opióide	-
MORFINA (Sulfato) / Dimorf *(A1)	30 mg	Cp	Analgésico	Opióide	-
MORFINA (Sulfato) / Dimorf *(A1)	0,2 mg/ml	Amp/ 1ml	Analgésico	Opióide	-
MORFINA (Sulfato) / Dimorf *(A1)	1 mg/ml	Amp/ 2ml	Analgésico	Opióide	-

MORFINA (Sulfato) / Dimorf *(A1)	10mg/ml	Amp/ 1ml	Analgésico	Opióide	-
MUPIROCINA	20 mg/g	Pom/ 15g	Antimicrobiano para uso tópico	-	Queimaduras leves
N					
NALBUFINA (C1)	10ml/1ml	Amp/ 1 ml	Analgésico	Opióide	Tem ações agonista (estimulante) e antagonista narcóticas
NALOXONA (Cloridrato) (C1)	0,4mg/ml	Amp/ 1 ml	Antagônico Opióide	-	Coma de etiologia não conhecida
NEOMICINA + BACITRACINA	5 mg/g 250 UI/g	Pom/ 10g	Antimicrobiano para uso tópico	-	-
NIFEDIPINO	10 mg	Sublingual	Antihipertensivo	Bloqueador dos canais de Ca	Antianginal
NIFEDIPINO	20 mg	Cp	Antihipertensivo	Bloqueador dos canais de Ca	Antianginal
NILPERIDOL (A1)	0,0785 mg/2,5 mg	Amp/ 2 ml	Analgésico	-	-
NIMODIPINO	30 mg	Cp	Vasodilatador	Bloqueador dos canais de cálcio	-
NISTATINA	1000.000 UI/ml	Susp/ 50ml	Antimicótico	-	-
NISTATINA	25.000 UI/g	Cr/ 60g	Antimicótico	-	-
NITROGLICERINA (Tridil)	5mg/ml	Amp/ 10ml	Vasodilatador coronariano	Relaxamento da musculatura vascular lisa	Hipertensão pré-operatória; para controle de insuficiência cardíaca congestiva,
NITROPRUSSETO DE SÓDIO	50 mg	Fr	Antihipertensivo	Vasodilatador	Insuficiência cardíaca congestiva aguda
NOREPINEFRINA / Noradrenalina (Hemitartarato)	2 mg/ ml	Amp/ 4ml	Hipertensor / Drogas Vasoativas	α, β agonista	-
NORFLOXACINO	400 mg	Cp	Antimicrobiano	Quinolona	-
O					
OCITOCINA	5 UI	Amp	Estimulante Uterino	Ocitócico	-
OCTREOTIDA	0,1 mg/ml	Amp/ 1ml	Antidiarreico	Análogo da somatostatina	- Acromegalia; - Síndromes carcinóides; - Fechamento de fístulas intestinais.
ÓLEO MINERAL		Sol. Oral	Laxante	-	-
OMEPRAZOL	20 mg	Cp	Antiulceroso	Inibidor da bomba de prótons	-

OMEPRAZOL	40 mg	Amp/ 10ml	Antiulceroso	Inibidor da bomba de prótons	-
ONDANSETRONA (Cloridrato)	2mg/ml	Amp/ 2ml	Antiemético	Antagonista do receptor 5-HT3 da serotonina	-
OXACILINA	500 mg	Amp	Antimicrobiano	Penicilina	-
P					
PANCURÔNIO	2 mg/ml	Amp	Bloqueador neuromuscular/ Aux. de anestesia	Relaxante neuromuscular não despolarizante- antagonista dos receptores da acetilcolina.	-
PAPAÍNA	10,00%	400g	Cicatrizante	Enzima alzalóide extraída de mamão (Carica papaya) – agente debridante.	Doença de Peyronie
PARACETAMOL	750 mg	Cp	Analgésico	Não opióide	Antipirético e anti-inflamatório
PARACETAMOL	200 mg	Fr/ gts 10ml	Analgésico	Não opióide	Antipirético e anti-inflamatório
PARACETAMOL	200 mg	Fr/ gts 15ml	Analgésico	Não opióide	Antipirético e anti-inflamatório
PARACETAMOL + CODEINA	500 mg/30 mg	cp	Analgésico	Não opióide/ opióde	-
PAROXETINA (Cloridrato)* (C1)	20 mg	Cp	Antidepressivo	Inibidor seletivo da recaptação de serotonina	-
PENICILINA	1.200.000 UI	Fr/Amp	Antimicrobiano	-	-
PENICILINA + PROCAINA	4000.000 UI	Fr	Antimicrobiano	-	-
PENICILINA Cristalina	5.000.000 UI	Fr/Amp	Antimicrobiano	-	-
PENTOXIFILINA	400 mg	Cp	Redutor de Viscosidade Sanguínea	Antiplaquetário	-
PERMANGANATO DE POTÁSSIO	100 mg	Cp	Antisséptico	Agente Antioxidante	- Tratamento da catapora. - Antídoto na intoxicação por fósforo.
PETIDINA (Cloridrato) / Dolosal * (A1)	50 mg/ml	Amp/ 2ml	Analgésico	Opióide	Pré-anestésico
PIPERACICLINA+ TAZOBACTAN	4,0g/0,5g	Fr	Antimicrobiano	Penicilina	-
POLIMIXINA B	500.000 UI	Fr	Antimicrobiano	-	-

POLISSULFATO DE MUCOPOLISSACARÍDEO Hirudoid	5mg/g	Pomada / 40g	Trombolítico/Antiinflamatório Tópico	Anticoagulante e antitrombótico	-
PRATI-SAL	-	Sachê / 27,9 g	Sais para Reidratação Oral	-	-
PREDNISOLONA	20 mg	Cp	Antialérgico	Corticosteróide	-
PREDNISOLONA (Fosfato Dissódico)	3 mg/ml	Susp/ 60ml	Antialérgico	Corticosteróide	-
PREDNISONA	5 mg	Cp	Antialérgico	Corticosteróide	
PROMETAZINA	50 mg	Amp/ 2ml	Antialérgico	Anti-histamínico	Anti-emético
PROPATILNITRATO	10 mg	Cp	Vasodilatador	Antianginoso	Tratamento de episódios agudos na angina pectoris e para prevenção de crise aguda de angina.
PROPOFOL * (C1)	10 mg/ml	Amp/ 20ml	-	Agente de anestesia geral de curta duração.	Sedação de pacientes adultos ventilados que estejam recebendo cuidados de terapia intensiva.
PROPRANOLOL	40 mg	Cp	Antihipertensivo	Bloqueador β adrenérgico de classe II	Prevenção do infarto do miocárdio, da angina e de arritmias cardíacas
PROTAMINA (Cloridrato)	1000 UI/ml	Amp/ 5ml	Anti-hemorrágico	Neutralizar a ação anticoagulante	Inativação da heparina em casos de hemorragias severas e após emprego de circulação extracorpórea e diálise.
PROTOVIT PLUS	-	Fr/ gts 20ml	Vitaminas	Polivitamínico	-
Q					
QUETIAPINA (Hemifumarato)	25mg	Cp	Antipsicóticos	-	-
QUETIAPINA (Hemifumarato)	100mg	Cp	Antipsicóticos	-	-
R					
RANITIDINA (Cloridrato)	15 mg/ml	-	Manipulados	Antagonista do receptor H2 da Histamina	-
RANITIDINA (Cloridrato)	150 mg	Cp	Antiulceroso	Antagonista do receptor histamínico H_2	-

RANITIDINA (Cloridrato)	50 mg/ 2ml	Amp/ 2ml	Antiulceroso	Antagonista do receptor histamínico H_2	-
REMIFENTANILA (A1)	2 mg	Amp	Anestésico	-	-
RISPERIDONA * (C1)	1 mg	Cp	Antipsicótico	Bloqueador dos receptores 5-HT2 da serotonina e D2 da	-
RISPERIDONA * (C1)	2 mg	Cp	Antipsicótico	Bloqueador dos receptores 5-HT2 da serotonina e D2 da	-
RIVAROXABANA	15mg	Cp	Antitrombóticos	-	-
RIVAROXABANA	20mg	Cp	Antitrombóticos	-	-
S					
SACCHAROMYCES BOULARDII	-	Sachê / 100mg	Antidiarreico	Levedura	-
SALBUTAMOL (Sulfato)/ Aerolin	0,5 mg/ml	Amp/ 1ml	Broncodilatador	B-2 agonista de curta duração	-
SEVOFLURANO	-	Fr/240 mL	Anestésico	-	-
SINVASTATINA	10 mg	Cp	Anti Hiperlipidêmico	Inibidor competitivo da enzima hidroximetilglutaril-Coenzima A	-
SINVASTATINA	20 mg	Cp	Anti Hiperlipidêmico	Inibidor competitivo da enzima hidroximetilglutaril-Coenzima A	-
SOLUÇÃO CARDIOPLÉGICA	10ml	Amp/ 10ml	Cardiotônico	-	-
SOL. DE GELATINA/ Hisocel	3,50%	Fr/ 500ml	Substituto de Plasma (Expansor)	-	-
SOLUÇÃO DE GLICINA	1,50%	Bolsa plástica	Solução irrigadora urológica	-	-
SORBITOL+MANITOL	2000 ml	2000 ml	Laxante	-	-

SORO GLICOSILADO	10,00%	Fr/ 250 ml	Repositor Hidroeletrolítico e Calórico	-	-
SORO GLICOSILADO	5,00%	Fr/ 250ml	Repositor Hidroeletrolítico e Calórico	-	-
SORO GLICOSILADO	5,00%	Fr/ 500 ml	Repositor Hidroeletrolítico e Calórico	-	-
SORO GLICOSILADO	5,00%	Fr/ 1000ml	Repositor Hidroeletrolítico e Calórico	-	-
SORO RINGER LACTATO	-	Fr/ 1000ml	Repositor Eletrolítico	-	* Composta de cloreto de sódio, cloreto de cálcio, cloreto de potássio e lactato de sódio diluídos em água para injeção
SIULFADIAZINA DE PRATA	1,00%	Pom/ 400g	Antimicrobiano para uso tópico	Derivado das sulfonamidas	Queimaduras
SULFAMETOXAZOL+ TRIMETOPRIMA	40mg +8mg/ml	Susp	Antimicrobiano	-	-
SULFAMETOXAZOL+ TRIMETOPRIMA	400mg/ 80mg	Cp	Antimicrobiano	-	-
SULFATO DE MAGNÉSIO	50,00%	Fr/ 10ml	Repositor Eletrolítico	-	Tratamento de crises convulsivas e e toxemias severas (pré-eclâmpsia e eclâmpsia gravídica).
SULFATO FERROSO	250 mg	Cp	Antianêmico	-	-
SULFATO FERROSO	125 mg/ml	Fr/ 30ml	Antianêmico	-	-
SULFATO DE BARIO	1 g/mL	pote	Contraste Radiológico	-	-
SUFENTANILA (A1)	7,5 mcg/mL	Amp/2 mL	Anestésico	-	-
SUPOSITÓRIO DE GLICERINA	2,28g	Adulto	Laxante	-	-
SUPOSITÓRIO DE GLICERINA	1,37g	Infantil	Laxante	-	-

SUXAMETÔNIO (Cloreto)	100 mg	Fr	Bloqueador neuromuscular/ Aux. de anestesia	Relaxante neuromuscular não despolarizante de curta duração e rápido início de ação- antagonista dos receptores da acetilcolina.	Sedação de pacientes adultos para realização de procedimentos como intubações e tratamento de convulsões induzidas.
T					
TEICOPLAMINA	400 mg	Amp/ 3ml	Antimicrobiano	Glicopetídeo	-
TERBUTALINA (Sulfato)	0,5 mg/ml	Amp/1ml	Broncodilatador	Agonistas dos receptores adrenérgicos β2.	Tratamento a curto prazo da asma e de obstruções pulmonares como o enfisema e a bronquite crônica.
TIAMAZOL (metimazol)/ Tapazol	10 mg	Cp	Tratamento do Hipertireodismo	Inibidor da síntese do hormônio tireoidiano	-
TICAGRELOR	90 mg	Cp	-	antiagregante plaquetário	-
TIAMINA (Vitamina B1)	300 mg	Cp	Vitaminas	Inibidor da síntese do hormônio tireoidiano	- Usado como auxiliar no tratamento de neurites e polineurites - Beribéri - Sìndrome de Wernicke-Korsakoff - Neurites e Cardiomiopatia usadas pelo consumo excessivo de álcool
TIROFIBANA (Cloridrato)	0,25 mg /mL	Amp 50 mL	Antiagregante Plaquetário	Antagonista não peptídico do receptor de glicoproteína (GP) Iib/IIIa	-
TOBRAMICINA	0,30%	Colírio/ 5ml	Antimicrobiano para uso tópico	Aminoglicosídeo	-
TRAMADOL(Cloridrato) * (A2)	50 mg/ml	Amp/ 2ml	Analgésico	Opióide	-
TRAMADOL(Cloridrato) * (A2)	50 mg	Cp	Analgésico	Opióide	-
U					

URÉIA 10%	Solução dermatológica	Bisnaga/ 50g	Hidratante / Protetor Epidérmico	-	-
V					
VALPROATO DE SÓDIO * (C1)	250 mg	Amp/ 5ml	Anticonvulsivante e estabilizante de humor.	-	-
VANCOMICINA	500 mg	Fr	Antimicrobiano	Glicopeptídeo	-
VARFARINA (Sódica)/ Marevan	5 mg	Cp	Anticoagulante/ Antiagregante plaquetário	Antagonista da vitamina K	-
VASOPRESSINA	20 U/ml	Amp/ 1 ml	Hipertensor / Drogas Vasoativas	Ação antidiurética e efeito pressor.	Ressuscitação cardiorrespiratória, no tratamento da fibrilação ventricular ou taquicardia ventricular refratária à desfibrilação elétrica.
VITAMINA C	200 mg	Fr/ 15 ml	Vitaminas	Micronutriente	Acidificação urinária
VITAMINA C	100mg/ml	Fr/ 5 ml	Vitaminas	Micronutriente	-

Legenda:	
	Medicamentos Potencialmente Perigosos
	Medicamentos imunossupressores
*	Medicamentos Controlados pela Port 344 e suas atualizações

LISTA DE MEDICAMENTOS PADRONIZADOS ESTÁ SUJEITO A ALTERAÇÕES.

MATERIAIS PADRONIZADOS

DESCRIÇÃO	ESPECIFICAÇÃO	APRESENTAÇÃO
ABAIXADOR DE LINGUA	MADEIRA	UNIDADE
ABSORVENTE HIGIENICO	POS- PARTO	UNIDADE
AGUA OXIGENADA	1000 ML	FRASCO
AGULHA DESCARTAVEL	20 X 5,5	UNIDADE
AGULHA DESCARTAVEL	25 X 8	UNIDADE
AGULHA DESCARTAVEL COM DISPOSITIVO DE SEGURANCA	13 X 4,5	UNIDADE
AGULHA DESCARTAVEL COM DISPOSITIVO DE SEGURANCA	25 X 7	UNIDADE
AGULHA DESCARTAVEL COM DISPOSITIVO DE SEGURANCA	30 X 7	UNIDADE
AGULHA DESCARTAVEL COM DISPOSITIVO DE SEGURANCA	30 X 8	UNIDADE
AGULHA DESCARTAVEL COM DISPOSITIVO DE SEGURANCA	40 X 12	UNIDADE
AGULHA DESCARTAVEL PARA ANESTESIA PERIDURAL	16 G X 6 mm, para obeso, bisel tipo Tuohy, com aleta	UNIDADE
AGULHA DESCARTAVEL PARA ANESTESIA PERIDURAL	16G X 3 1/2	UNIDADE
AGULHA DESCARTAVEL PARA ANESTESIA PERIDURAL	17G X 3 1/2	UNIDADE
AGULHA DESCARTAVEL PARA ANESTESIA PERIDURAL	18 G X 3 1/2	UNIDADE
AGULHA DESCARTAVEL PARA ANESTESIA PERIDURAL	20 GX3 1/2mm, bisel tipo Tuohy, com aleta	UNIDADE
AGULHA DESCARTAVEL PARA ANESTESIA PERIDURAL	22 G X 3 1/2	UNIDADE
AGULHA DESCARTAVEL PARA ANESTESIA PERIDURAL	27G	UNIDADE
AGULHA ESCLEROSE PARA ENDOSCOPIA	23 GA X 240CM	UNIDADE
AGULHA RAQUI DESCARTAVEL PONTA DE QUINCK	22 G X 3 1/2	UNIDADE
AGULHA RAQUI DESCARTAVEL PONTA DE QUINCK	25 G X 120MM OBESO	UNIDADE
AGULHA RAQUI DESCARTAVEL PONTA DE QUINCK	25 G X 3 1/2	UNIDADE
AGULHA RAQUI DESCARTAVEL PONTA DE QUINCK	27 G X 3 1/2	UNIDADE
AGULHA STIMUPLEX A 100	21G X 2	UNIDADE
AGULHA STIMUPLEX A 50	22G X 2	UNIDADE
ALCOOL 70%	1000ML	FRASCO
ALGODÃO HIDRIFILO	500 GRAMAS	ROLO
AMINIOTOMO	DESCARTAVEL	UNIDADE
APARELHO DE BARBEAR DESCARTAVEL	COM DUAS LAMINAS EM ACO	UNIDADE
ATADURA ALGODAO ORTOPEDICO	10 CM X VERIFICAR	UNIDADE
ATADURA ALGODAO ORTOPEDICO	15 CM X	UNIDADE
ATADURA ALGODAO ORTOPEDICO	20 CM X	UNIDADE
ATADURA ALGODAO ORTOPEDICO	30 CM X	UNIDADE
ATADURA DE CREPOM	10 CM X 4,5 M	UNIDADE
ATADURA DE CREPOM	20 CM X 4,5 M	UNIDADE
ATADURA DE CREPOM	30 CM X 4,5 M	UNIDADE
ATADURA DE CREPOM	15CM	ROLO
ATADURA DE CREPOM	6CM	ROLO
ATADURA DE MALHA TUBULAR	10 CM X 25 M	UNIDADE
ATADURA DE MALHA TUBULAR	15 CM X 25 M	UNIDADE
ATADURA DE MALHA TUBULAR	20 CM X 25 M	UNIDADE
ATADURA DE MALHA TUBULAR	6 CM X 25 M	UNIDADE
ATADURA GESSADA	10 CM X 3 M	UNIDADE
ATADURA GESSADA	15 CM X 3 M	UNIDADE
ATADURA GESSADA	20 CM X 4 M	UNIDADE
ATADURA GESSADA	06 CM X 3 M	UNIDADE
AVENTAL CIRURGICO ESTERIL DESCARTAVEL	EXTRA PROTECAO EX	UNIDADE
AVENTAL CIRURGICO ESTERIL DESCARTAVEL	EXTRA PROTECAO G	UNIDADE
AVENTAL CIRURGICO ESTERIL DESCARTAVEL	TAM G	UNIDADE
AVENTAL CIRURGICO ESTERIL DESCARTAVEL	TAM GG	UNIDADE
AVENTAL CIRURGICO PROTETOR DESCARTAVEL	1,20 M	UNIDADE
AVENTAL PLASTICO SEM MANGA	DESCARTAVEL	UNIDADE
BANDAGEM ADESIVA ELÁSTICA (TENSOPLAST)	7,5 CM 4,5 CM	ROLO
BISTURI DESCARTAVEL COM PROTETOR E DISPOSITIVO DE SE	N 11	UNIDADE
BISTURI DESCARTAVEL COM PROTETOR E DISPOSITIVO DE SE	Nº 15	UNIDADE
BISTURI DESCARTAVEL COM PROTETOR E DISPOSITIVO DE SE	Nº 21	UNIDADE
BISTURI DESCARTAVEL COM PROTETOR E DISPOSITIVO DE SE	Nº 24	UNIDADE
BOLSA COLOSTOMIA ACOPLAVEL SEM PLACA	10 X 70 MM C/	UNIDADE
BOLSA COLOSTOMIA ADULTO DRENAVEL TRANSPARENTE	15 X 60 MM S/	UNIDADE
BOLSA COLOSTOMIA/ILEOSTOMIA INFANTIL	/EL, RECORTAVEL,BARREIRA PRO	UNIDADE
BOLSA PRESSORICA C/VELCRO	N/A	UNIDADE
BOTA DE UNA PRONTO USO	10,2 X 9,14 CM	UNIDADE
CADARÇO ALGODÃO CRU	100 METROS	ROLO
CAMARA RETRATIL SANFONADA PARA NEBULIZACAO	ADULTO	UNIDADE
CAMPO CIRURGICO ANTIMICROBIANO - IOBAN	66cm x 45cm	UNIDADE
CAMPO CIRURGICO ESTERIL DESCARTAVEL*	0,80 X 0,80 CM	UNIDADE
CAMPO CIRURGICO ESTERIL DESCARTAVEL*	1,40 X 0,90 M	UNIDADE
CAMPO CIRURGICO ESTERIL DESCARTAVEL*	1,60 X 2,20 M	UNIDADE
CAMPO CIRURGICO FENESTRADO*	80 X 80 CM	UNIDADE
CANETA DESCARTAVEL PARA BISTURI ELETRICO	COMPATIVEL COM VALLEY-LAB	UNIDADE
CANETA PLOTTER ELETROCARDIOGRAFO MOD EP-3 EXTRA FI	0,5 MM	UNIDADE
CANULA DE GUEDEL Nº 0	N/A	UNIDADE
CANULA DE GUEDEL Nº 01	N/A	UNIDADE
CANULA DE GUEDEL Nº 02	N/A	UNIDADE
CANULA DE GUEDEL Nº 03,	N/A	UNIDADE
CANULA DE GUEDEL Nº 04	N/A	UNIDADE
CANULA DE TRAQUEOSTOMIA COM BALAO GRADUADA	MANDRIL Nº 5,5	UNIDADE
CANULA DE TRAQUEOSTOMIA COM BALAO GRADUADA	Nº 4	UNIDADE
CANULA DE TRAQUEOSTOMIA COM BALAO GRADUADA	Nº 4,5	UNIDADE
CANULA DE TRAQUEOSTOMIA COM BALAO GRADUADA	Nº 5	UNIDADE
CANULA DE TRAQUEOSTOMIA COM BALAO GRADUADA	Nº 6	UNIDADE
CANULA DE TRAQUEOSTOMIA COM BALAO GRADUADA	Nº 6,5	UNIDADE
CANULA DE TRAQUEOSTOMIA COM BALAO GRADUADA	Nº 7	UNIDADE
CANULA DE TRAQUEOSTOMIA COM BALAO GRADUADA	Nº 7,5	UNIDADE
CANULA DE TRAQUEOSTOMIA COM BALAO GRADUADA	Nº 8,5	UNIDADE
CANULA DE TRAQUEOSTOMIA COM BALAO GRADUADA	Nº 9	UNIDADE
CANULA DE TRAQUEOSTOMIA DESCARTAVEL COM CUFF/MAN	Nº 08	UNIDADE
CANULA ENDOTRAQUEAL COM CUFF Nº 05	N/A	UNIDADE

MATERIAIS PADRONIZADOS

DESCRIÇÃO	ESPECIFICAÇÃO	APRESENTAÇÃO
CANULA ENDOTRAQUEAL COM CUFF Nº 2,5	N/A	UNIDADE
CANULA ENDOTRAQUEAL COM CUFF Nº 3,0	N/A	UNIDADE
CANULA ENDOTRAQUEAL COM CUFF Nº 3,5	N/A	UNIDADE
CANULA ENDOTRAQUEAL COM CUFF Nº 4,0	N/A	UNIDADE
CANULA ENDOTRAQUEAL COM CUFF Nº 4,5	N/A	UNIDADE
CANULA ENDOTRAQUEAL COM CUFF Nº 5,5	N/A	UNIDADE
CANULA ENDOTRAQUEAL COM CUFF Nº 6,0	N/A	UNIDADE
CANULA ENDOTRAQUEAL COM CUFF Nº 6,5	N/A	UNIDADE
CANULA ENDOTRAQUEAL COM CUFF Nº 7,0	N/A	UNIDADE
CANULA ENDOTRAQUEAL COM CUFF Nº 7,5	N/A	UNIDADE
CANULA ENDOTRAQUEAL COM CUFF Nº 8,0	N/A	UNIDADE
CANULA ENDOTRAQUEAL COM CUFF Nº 8,5	N/A	UNIDADE
CANULA ENDOTRAQUEAL COM CUFF Nº 9,0	N/A	UNIDADE
CANULA ENDOTRAQUEAL COM CUFF Nº 9,5	N/A	UNIDADE
CANULA TRAQUEOSTOMIA SEM BALAO	3.0 FR	UNIDADE
CANULA TRAQUEOSTOMIA SEM BALAO GRADUADA	2	UNIDADE
CANULA TRAQUEOSTOMIA SEM BALAO GRADUADA	2,5	UNIDADE
CANULA TRAQUEOSTOMIA SEM BALAO GRADUADA	3	UNIDADE
CANULA TRAQUEOSTOMIA SEM BALAO GRADUADA	3,5	UNIDADE
CANULA TRAQUEOSTOMIA SEM BALAO GRADUADA	Nº 4	UNIDADE
CANULA TRAQUEOSTOMIA SEM BALAO GRADUADA	Nº 4,5	UNIDADE
CANULA TRAQUEOSTOMIA SEM BALAO GRADUADA	Nº 5	UNIDADE
CANULA TRAQUEOSTOMIA SEM BALAO GRADUADA	Nº 5,5	UNIDADE
CAPOTE CIRÚRGICO IMPERMEÁVEL	SMS, PUNHO EM MALHA	UNIDADE
CATETER ARTERIAL	FEMURAL RADIOPACO 18G X12CM	UNIDADE
CATETER ARTERIAL	RADIAL 24G, 2 FR X 5 CM	UNIDADE
CATETER ARTERIAL	RADIAL 3 FR X 5 CM	UNIDADE
CATETER ARTERIAL	RADIAL 3 FR X 8 CM	UNIDADE
CATETER INTRAVENOSO CENTRAL DUPLO LUMEN	3 F 60 CM	UNIDADE
CATETER INTRAVENOSO CENTRAL DUPLO LUMEN	5 FR	UNIDADE
CATETER INTRAVENOSO CENTRAL DUPLO LUMEN	7 FR X 20 CM	UNIDADE
CATETER INTRAVENOSO CENTRAL MONO LUMEM INSERCAO F	1,8 A 2 FR	UNIDADE
CATETER INTRAVENOSO CENTRAL MONO LUMEM INSERCAO F	4 F X 13 CM	UNIDADE
CATETER INTRAVENOSO CENTRAL MONO LUMEM INSERCAO F	4 FR 65 CM	UNIDADE
CATETER INTRAVENOSO CENTRAL MONO LUMEM INSERCAO F	5 FR 65 CM	UNIDADE
CATETER INTRAVENOSO DUPLO LÚMEN	N. 3,0	UNIDADE
CATETER INTRAVENOSO DUPLO LÚMEN	N. 3,5	UNIDADE
CATETER INTRAVENOSO DUPLO LÚMEN	N. 4,5	UNIDADE
CATETER INTRAVENOSO DUPLO LÚMEN	N. 5,5	UNIDADE
CATETER INTRAVENOSO DUPLO LÚMEN	N. 6,0	UNIDADE
CATETER INTRAVENOSO DUPLO LÚMEN	N. 6,5	UNIDADE
CATETER INTRAVENOSO PERIFERICO COM DISPOSITIVO DE S	16 G	UNIDADE
CATETER INTRAVENOSO PERIFERICO COM DISPOSITIVO DE S	16 G	UNIDADE
CATETER INTRAVENOSO PERIFERICO COM DISPOSITIVO DE S	18 G	UNIDADE
CATETER INTRAVENOSO PERIFERICO COM DISPOSITIVO DE S	20 G	UNIDADE
CATETER INTRAVENOSO PERIFERICO COM DISPOSITIVO DE S	22 G	UNIDADE
CATETER INTRAVENOSO PERIFERICO COM DISPOSITIVO DE S	24G	UNIDADE
CATETER INTRAVENOSO PERIFERICO COM DISPOSITIVO DE S	3 F 60 CM	UNIDADE
CATETER INTRAVENOSO PERIFÉRICO SEM DISPOSITIVO SEGU	22 G	UNIDADE
CATETER INTRAVENOSO PERIFÉRICO SEM DISPOSITIVO SEGU	24 G	UNIDADE
CATETER INTREVENOSO CENTRAL TRIPLO LUMEN	7 FR X 20 CM	UNIDADE
CATETER MARCAPASSO (Cabo Eletrodo Endocárdio Temporário)	Eletrodo: Diâmetro: 6 French (Fr) x 110 Cm. c/BALÃO	COMPRA C/BALÃO
CATETER PARA CANULIZACAO UMBILICAL DUPLO LUMEN RAD	2,0/3,FR	UNIDADE
CATETER PARA CANULIZACAO UMBILICAL MONO LUMEN RADI	14 G	UNIDADE
CATETER PARA CANULIZACAO UMBILICAL MONO LUMEN RADI	2,0 FR	UNIDADE
CATETER PARA CANULIZACAO UMBILICAL MONO LUMEN RADI	3,5 FR	UNIDADE
CATETER PARA CANULIZACAO UMBILICAL MONO LUMEN RADI	4,0 FR	UNIDADE
CATETER PARA CANULIZACAO UMBILICAL MONO LUMEN RADI	4,5 FR	UNIDADE
CATETER PARA CANULIZACAO UMBILICAL MONO LUMEN RADI	5,0 FR	UNIDADE
CATETER PARA EMBOLECTOMIA TIPO FOGARTY	3 FR	UNIDADE
CATETER PARA EMBOLECTOMIA TIPO FOGARTY	4 FR	UNIDADE
CATETER PARA EMBOLECTOMIA TIPO FOGARTY	5 FR	UNIDADE
CATETER PARA EMBOLECTOMIA TIPO FOGARTY	6 FR	UNIDADE
CATETER PARA EMBOLECTOMIA TIPO FOGARTY	FEMININO - MAE E FILHO ROSA	KIT
CERA DE OSSO	12 PEÇAS	CAIXA
CLOREXIDINA 0,5% SOLUÇÃO ALCOOLICA	100ML ALMOTOLIA	UNIDADE
CLOREXIDINA 1% SOLUÇÃO AQUOSA	100ML ALMOTOLIA	UNIDADE
COBERTURA CIRURGICA ESTERIL	1,30 X 2,20 M	UNIDADE
COBERTURA MESA AUXILIAR ESTERIL DESCARTAVEL	N/A	UNIDADE
COBRE CORPO	ADULTO	UNIDADE
COBRE CORPO	FETO	UNIDADE
COBRE CORPO	MESA MAYO	UNIDADE
COBRE CORPO	OBESO	UNIDADE
COLAR CERVICAL	TAMANHO G	UNIDADE
COLAR CERVICAL	TAMANHO M	UNIDADE
COLAR CERVICAL	TAMANHO P	UNIDADE
COLETOR DE URINA	VOLUME MIN 1200 ML	FRASCO
COLETOR DE URINA INFANTIL UNISSEX	N/A	UNIDADE
COLETOR DE URINA P/ INCONTINENCIA URINÁRIA MASCULINO	N/A	UNIDADE
COLETOR DE URINA SISTEMA FECHADO (AGRUPAR)	2000 ML	UNIDADE
COLETOR DE URINA SISTEMA FECHADO (AGRUPAR)	SE HORARIA CAMARA COLET RIGID	UNIDADE
COLETOR DE URINA SISTEMA FECHADO (AGRUPAR)	INFANTIL	UNIDADE
COLETOR DE URINA SISTEMA FECHADO (AGRUPAR)	PERNA 750 ML	UNIDADE
COLETOR DRENAGEM TORÁXICA	1000 ML	UNIDADE
COLETOR DRENAGEM TORÁXICA	2000 ML	UNIDADE
COLETOR DRENAGEM TORÁXICA	500ML	UNIDADE
COLETOR PARA MATERIAL DESCARTÁVEL E CONTAMINADO - (	N/A	UNIDADE

MATERIAIS PADRONIZADOS

DESCRIÇÃO	ESPECIFICAÇÃO	APRESENTAÇÃO
COLETOR SECREÇÃO E EXPURGO	3500 ML	UNIDADE
COLETOR UNIVERSAL EM PLÁSTICO TRANSPARENTE COM TAM	N/A	UNIDADE
COLETOR URINA PLASTICO DESCARTAVEL CIRCUITO ABERTO	NEONATAL 100 ML	UNIDADE
COMPRESSA COLOSTOMIA ESTERIL	10 X 15 CM	UNIDADE
COMPRESSA COLOSTOMIA ESTERIL	15 X 30 CM	UNIDADE
COMPRESSA DE GAZE	13 FIOS ESTERIL 7,5 CM X 7,5 CM	PACOTE COM 10 UNIDADES
COMPRESSA DE GAZE	IPO QUEIJO 91 X 91 13 FIOS (ROLO	UNIDADE
COMPRESSA FIBRA NEUROCIRURGICA (COTONOIDE)	13 X 13 MM	UNIDADE
COMPRESSA FIBRA NEUROCIRURGICA (COTONOIDE)	13 X 76 MM	UNIDADE
COMPRESSA FIBRA NEUROCIRURGICA (COTONOIDE)	25 X 25 MM	UNIDADE
COMPRESSA FIBRA NEUROCIRURGICA (COTONOIDE)	76 X 76 MM	UNIDADE
CONJUNTO BOLSA UROSTOMIA ACOPLAVEL + PLACA 60 MM	CAPACIDADE 375 ML	UNIDADE
CURATIVO TRANSPARENTE	10 X 20 CM	UNIDADE
CURATIVO TRANSPARENTE	5 X 7 CM	UNIDADE
CURATIVO ALGINATO DE CALCIO E SODIO	10 X 20 CM	UNIDADE
CURATIVO COBERTURA ALUMINIZADA	10 X 12 CM	UNIDADE
CURATIVO COBERTURA ALUMINIZADA	10 X 20 CM	UNIDADE
CURATIVO GEL AMORFO (PROPILENOGLICOL + CARBOXIMETIL	25 G	FRASCO
CURATIVO HIDROCOLOIDE	10 X 10 CM	UNIDADE
CURATIVO HIDROCOLOIDE	20 X 20 CM	UNIDADE
CURATIVO HIDROFIBRA ESTERIL	10 X 10 CM	UNIDADE
CURATIVO HIDROFIBRA ESTERIL COM PRATA	15 X 15 CM	UNIDADE
CURATIVO HIDROPOLIMERO	20 X 20 CM	UNIDADE
CURATIVO OCLUSIVO ALGINATO DE CALCIO	TIRA 30 CM	UNIDADE
CURATIVO OCLUSIVO CARVAO ATIVADO	19 X 10,5 CM	UNIDADE
DETERGENTE DESINCROSTANTE	1 KG	PACOTE
DETERGENTE ENZIMÁTICO BACTERIOSTÁTICO BIODEGRADÁVI	N/A	SOLUÇÃO
DISPOSITIVO INTERMEDIÁRIO P/EQUIPO DE INFUSÃO MULTIPLA	N/A	UNIDADE
DISPOSITIVO PARA INCONTINENCIA URINARIA	2 PECAS MASCULINO 35 MM	UNIDADE
DISPOSITIVO RÍGIDO OCLUSÃO CONEXÕES LUER MACHO FEM	N/A	UNIDADE
DRENO DE BLAKE (DISPOSITIVO SILICONE)	C/ RESERVATÓRIO	UNIDADE
DRENO DE PENROSE	Nº 1	UNIDADE
DRENO DE PENROSE	Nº 2	UNIDADE
DRENO DE PENROSE	Nº 3	UNIDADE
DRENO DE PENROSE	Nº 4	UNIDADE
DRENO DE TORAX	1000 ML Nº 16	KIT
DRENO DE TORAX	1000 ML Nº 18	UNIDADE
DRENO DE TORAX	1000 ML Nº 20	UNIDADE
DRENO DE TORAX	1000 ML Nº 22	UNIDADE
DRENO DE TORAX	1000 ML Nº 24	KIT
DRENO DE TORAX	1000 ML Nº 26	KIT
DRENO DE TORAX	1000 ML Nº 28	KIT
DRENO DE TORAX	1000 ML Nº 32	UNIDADE
DRENO DE TORAX	1000 ML Nº 34	UNIDADE
DRENO DE TORAX	1000 ML Nº 36	UNIDADE
DRENO DE TORAX	1000 ML Nº 38	UNIDADE
DRENO DE TORAX	250 ML N° 10	UNIDADE
DRENO DE TORAX	250 ML Nº 10	UNIDADE
DRENO DE TORAX	250 ML Nº 12	KIT
DRENO DE TORAX	250 ML Nº 14	UNIDADE
DRENO DE VIAS BILIARES KERR	Nº 12	UNIDADE
DRENO DE VIAS BILIARES KERR	Nº 14	UNIDADE
DRENO DE VIAS BILIARES KERR	Nº 16 T	UNIDADE
DRENO DE VIAS BILIARES KERR	Nº 18 T	UNIDADE
DRENO PARA ARTROSCOPIA	4 VIAS	UNIDADE
DRENO PARA SUCCAO POR SISTEMA FECHADO	3,2 MM X 1/8	UNIDADE
DRENO PARA SUCCAO POR SISTEMA FECHADO	6,4 MM X 1/4	UNIDADE
ELETRODO	EDIATRICO COM ADESIVO HIPOALE	UNIDADE
ELETRODO	DESCARTAVEL ADULTO	UNIDADE
ELETRODO	NEONATAL	UNIDADE
EMBALAGEM DE PAPEL GRAU	15 CM X 100 M	ROLO
EMBALAGEM DE PAPEL GRAU	300 MM X 100 M	UNIDADE
EMBALAGEM DE PAPEL GRAU	45 CM X 100 M	ROLO
EMBALAGEM DE PAPEL GRAU	60 CM X 100 M	ROLO
EQUIPO DE TRANSFUSAO SANGUINEA	COM CAMARA DUPLA FLEX	UNIDADE
EQUIPO DE TRANSFUSAO SANGUINEA	INFANTIL	UNIDADE
EQUIPO MACROGOTAS	COM INJETOR LATERAL EM Y	UNIDADE
EQUIPO MACROGOTAS	PARA BOMBA OPTIMA - MS 30	UNIDADE
EQUIPO MACROGOTAS PARA BOMBA INFUSORA	COM CAMARA 150 ML	UNIDADE
EQUIPO MACROGOTAS PARA BOMBA INFUSORA	FOTO PARENTERAL	UNIDADE
EQUIPO MICROGOTAS	CAMARA 150ML E INJ LATERAL EM Y	UNIDADE
EQUIPO P/ ADMINISTRAR PEQ SOLUÇÃO (BURETE)	N/A	UNIDADE
EQUIPO PARA DIÁLISE PERITONEAL	N/A	UNIDADE
EQUIPO PARA DIETA ENTERAL SISTEMA ABERTO	N/A	UNIDADE
EQUIPO PARA SORO MACRO-GOTEJADOR	N/A	UNIDADE
EQUIPO PARA TRANSFUSÃO DE SANGUE	N/A	UNIDADE
EQUIPO PARA TRASFERENCIA DE SOLUCOES-SISTEMA FECHA	TRANSOFIX	UNIDADE
EQUIPO PRESSÃO VENOSA CENTRAL	1500MM, PVC FLEXIVEL	UNIDADE
ESCALPE BORBOLETA ESTERIL	19 G	UNIDADE
ESCALPE BORBOLETA ESTERIL	21 G	UNIDADE
ESCALPE BORBOLETA ESTERIL	23 G	UNIDADE
ESCALPE BORBOLETA ESTERIL	25 G	UNIDADE
ESCALPE BORBOLETA ESTERIL	27 G	UNIDADE
ESCOVA CERVICAL	Haste: aproximadamente 180mm Comprimento da ponta ativa: aproximadamente 20mm Formato da ponta ativa: cone Comprimento total: aproximadamente 200mm	UNIDADE

MATERIAIS PADRONIZADOS

DESCRIÇÃO	ESPECIFICAÇÃO	APRESENTAÇÃO
ESCOVA CIRURGICA	DEGERMANTE COM CLOREXIDINA	UNIDADE
ESCOVA CIRURGICA	DEGERMANTE COM PVPI	UNIDADE
ESCOVA TIPO RASPA-PANELA CABO 100% POLIPROPILENO E (	13 CM	UNIDADE
ESPARADRAPO ANTI-ALÉRGICO (MICROPORE)	12 X 10 CM	UNIDADE
ESPARADRAPO IMPERMEÁVEL	10 CM X 4,5 M	UNIDADE
ESPECULO VAGINAL DESCARTAVEL	GRANDE	UNIDADE
ESPECULO VAGINAL DESCARTAVEL	MEDIO	UNIDADE
ESPECULO VAGINAL DESCARTAVEL	PEQUENO	UNIDADE
EXTENSOR	DE GASES E ASPIRACAO 1/4 (3 ME	UNIDADE
EXTENSOR	PERFUSAO 120 CM	UNIDADE
EXTENSOR	PERFUSAO 20 CM	UNIDADE
EXTENSOR	PERFUSAO 20 CM NEONATAL	UNIDADE
EXTENSOR	PERFUSAO PEDIATRICO 120 CM	UNIDADE
EXTENSOR ADULTO	2 VIAS	UNIDADE
EXTENSOR ADULTO	4 VIAS	UNIDADE
EXTENSOR INFANTIL	2 VIAS	UNIDADE
FAIXA SMART	15 CM	UNIDADE
FAIXA SMART	20 CM	UNIDADE
FILTRO DE BARREIRA TOTAL PARA CIRCUITO RESPIRATORIO	ANESTESIA - VOL.INTERNO 35 ML	UNIDADE
FILTRO DE BARREIRA TOTAL PARA CIRCUITO RESPIRATORIO	VOLUME INTERNO DE 85 ML	UNIDADE
FILTRO PARA INCUBADORA	NAO SE APLICA	UNIDADE
FIO ALGODAO 0	,5 CM E 3,0 CM CIRC.TRIANG. 40 CM	UNIDADE
FIO ALGODAO 0	SEM AGULHA 40 X 45 CM	ENVELOPE
FIO ALGODAO 2-0	SEM AGULHA 40 X 45 CM	ENVELOPE
FIO ALGODAO 2-1	,5 CM E 3,0 CM CIRC.TRIANG. 40 CM	UNIDADE
FIO ALGODAO 2-2	2 CM E 2,5 CM CIRC.TRIANG. 40 CM	UNIDADE
FIO ALGODAO 3-0	SEM AGULHA 40 X 45 CM	ENVELOPE
FIO CATGUT CROMADO 2-0	GULHA 3/8 CIRC. 3CM E 3,5CM, CIL	ENVELOPE
FIO CATGUT CROMADO 0	GULHA 3/8 CIRC. 3CM E 3,5CM CILI	ENVELOPE
FIO CATGUT CROMADO 1-0	GULHA 1/2CIRC. 7,5CM E 8CM CIRC	ENVELOPE
FIO CATGUT CROMADO 1-0	HA 3/8 CIRC ROBUSTA. 4,5CM E 5CM	ENVELOPE
FIO CATGUT CROMADO 3-0	AGULHA 1/2CIRC. 2CM E 2,5CM,CILI	ENVELOPE
FIO CATGUT CROMADO 4-0	AGULHA 1/2CIRC. 2CM E 2,5CM CILI	ENVELOPE
FIO CATGUT SIMPLES 0	GULHA 1/2 CIRC. 3,5CM E 4CM,CIL	ENVELOPE
FIO CATGUT SIMPLES 2-0	GULHA 1/2 CIRC. 3,5CM E 4CM,CIL	ENVELOPE
FIO CATGUT SIMPLES 3-0	ULHA 1/2 CIRC. 3,0CM E 3,5CM, CIL	ENVELOPE
FIO CATGUT SIMPLES 4-0	GULHA 1/2, CIRC. 1CM E 1,5CM CIL	ENVELOPE
FIO DE NYLON 6-0	, AGULHA 1/2 CIRC, 1,5 CM TRIANG	ENVELOPE
FIO DE NYLON 7-0	N/A	ENVELOPE
FIO DE NYLON 8-0	N/A	ENVELOPE
FIO DE NYLON 9-0	N/A	ENVELOPE
FIO DE NYLON PRETO 0	CM AG. 3/8 CIRC. 3 CM TRIANGULA	ENVELOPE
FIO DE NYLON PRETO 1	N/A	UNIDADE
FIO DE NYLON PRETO 2-0	45 CM AG3/8 CIRC 3 CM TRIANG	ENVELOPE
FIO DE NYLON PRETO 3-0	AGULHA 3/8, CIRC. 3 CM E 3,5CM T	ENVELOPE
FIO DE NYLON PRETO 4-0	CM AG 3/8 CIRC 3,0 CM TRIANGULA	ENVELOPE
FIO DE NYLON PRETO 5-0	M, AGULHA 3/8CIRC. 2CM TRIANGU	ENVELOPE
FIO DE SUTURA MONYLION 3-0 (45 CM) AG 3,0 CM	N/A	UNIDADE
FIO DE SUTURA MONYLION 5-0 (45 CM) AG 2,0 CM 3/8 CIRC	N/A	UNIDADE
FIO DE SUTURA NYLON PRETO MONOFILAMENTO 2-0 45CM 3/8	N/A	UNIDADE
FIO DE SUTURA NYLON PRETO MONOFILAMENTO 4-0 45CM 3/8	N/A	UNIDADE
FIO DE SUTURA NYLON PRETO MONOFILAMENTO 6-0 45CM 3/8	N/A	UNIDADE
FIO POLIESTER 1-0	AG 1/2 CIRC 4,0CM E 4,5CM, CILIN	ENVELOPE
FIO POLIESTER 2-0	AG 1/2 CIRC 4,0CM E 4,5CM, CILIN	ENVELOPE
FIO POLIESTER 5-0	M AG 1/2 CIRC 4,0 X 75CM, CILINDR	ENVELOPE
FIO POLIESTER 5-0	AG 1/2 CIRC 4,0CM E 4,5CM, CILIN	ENVELOPE
FIO POLIGLACTINA 0	CM, AGULHA 3/8CIRC. 3CM CILINDR	ENVELOPE
FIO POLIGLACTINA 1-0	CM, AGULHA 1/2CIRC. 4CM CILINDR	ENVELOPE
FIO POLIGLACTINA 2-0	CM, AGULHA 3/8CIRC. 3CM CILINDR	ENVELOPE
FIO POLIGLACTINA 3-0	CM, AGULHA 3/8CIRC. 3CM CILINDR	ENVELOPE
FIO POLIGLACTINA 4-0	M, AGULHA 1/2CIRC.2,5CM CILINDR	ENVELOPE
FIO POLIGLACTINA 5-0	AGULHA 1/2 CIRC, 2,0 E 2,5 CM, CILÍ	ENVELOPE
FIO POLIPROPILENO 0	5 CM AG. 1/2 CIRC.4 CM CILINDRIC	ENVELOPE
FIO POLIPROPILENO 0	AGULHA 1/2CIRC. 3,5CM E 4 CM CILI	ENVELOPE
FIO POLIPROPILENO 1-0	AGULHA 1/2 CIRC, 4,0 E 4,5 CM, CILÍ	ENVELOPE
FIO POLIPROPILENO 2-0	AGULHA 3/8 CIRC, 3,5 CM E 4 CM CIL	ENVELOPE
FIO POLIPROPILENO 3-0	M, AGULHA 1/2CIRC.2,5CM CILINDR	ENVELOPE
FIO POLIPROPILENO 4-0	AG. 1/2 CIRC. 2,0 CM E 2,5 CM, CILIN	ENVELOPE
FIO POLIPROPILENO 7,0	N/A	CAIXA
FIO POLIPROPILENO 8,0	N/A	CAIXA
FIO POLIPROPILENO 9,0	N/A	CAIXA
FITA ADESIVA CREPE	19 MM X 30 M	UNIDADE
FITA CARDIACA DE ALGODAO	ALGODÃO COTTON FC 500	UNIDADE
FITA MICROPOROSA CIRURGICA	50 MM X 10 M	UNIDADE
FITA PARA AUTOCLAVE	19 MM X 30 M	ROLO
FITA PARA GLICEMIA CAPILAR	OPTIUM	UNIDADE
FIXADOR DE TRAQUEOSTOMIA	N/A	UNIDADE
FIXADOR DE TUBO ORO - TRAQUEAL	ADULTO	UNIDADE
FIXADOR DE TUBO ORO - TRAQUEAL	INFANTIL	UNIDADE
FIXADOR ESTERIL PARA CATETER PERIFERICO	50 X 74 MM	UNIDADE
FIXADOR SONDA FOLEY	N/A	UNIDADE
FIXADOR TRAQUEOSTOMIA	INFANTIL	UNIDADE
FRALDA DESCARTAVEL GERIATRICA	GG	UNIDADE
FRALDA DESCARTAVEL GERIATRICA	GRANDE	UNIDADE
FRALDA DESCARTAVEL GERIATRICA	MEDIO	UNIDADE
FRALDA DESCARTAVEL PEDIATRICA	GRANDE	UNIDADE
FRALDA DESCARTAVEL PEDIATRICA	MEDIO	UNIDADE
FRALDA DESCARTAVEL PEDIATRICA	PEQUENO	UNIDADE

MATERIAIS PADRONIZADOS

HMTJ
ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE
HOSPITAL MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS

DESCRIÇÃO	ESPECIFICAÇÃO	APRESENTAÇÃO
FRALDA DESCARTAVEL PEDIATRICA	TAM XG	UNIDADE
FRALDA DESCARTAVEL PEDIATRICA	TAMANHO "PREMATURO"	UNIDADE
FRALDA DESCARTAVEL PEDIATRICA	TAMANHO RN	UNIDADE
GAZE DE RAYON	7,5 CM X 40 CM	UNIDADE
GAZE DE RAYON COM AGE	7,5 CM X 15 CM	UNIDADE
GEL CONDUTOR	ELETRO 100 ML	FRASCO
HASTES FLEXÍVEIS C/ PONTA DE ALGODÃO NAS 2 EXTREMIDAI	75 UNIDADES	CAIXA
HEMOSTATICO ABSORVIVEL	2,5 X 5 CM	UNIDADE
HEMOSTATICO ABSORVIVEL	30 X 30 CM	UNIDADE
HEMOSTATICO ABSORVIVEL	5 X 35 CM	UNIDADE
HEMOSTATICO ABSORVIVEL	5 X 7 CM	UNIDADE
HEMOSTATICO ABSORVIVEL A BASE DE GELATINA	80 X 125 MM X 10 MM	UNIDADE
HIPOCLORITO DE SÓDIO 1%	5L	GALAO
INDICADOR BIOLÓGICO 3a, GERAÇÃO	AMPOLAS	UNIDADE
INDICADOR QUIMICO	CLASSE V 3340.4097	UNIDADE
INDICADOR QUIMICO	CLASSE VI	UNIDADE
INDICADOR TESTE BOWIE & DICK	FOLHA PRONTO P USO	PACOTE
KIT ANESTESIA PERIDURAL CONTINUA	16G X 80MM 3 1/4	UNIDADE
KIT CIRCUITO CPAP NASAL adulto		KIT
KIT CIRCUITO CPAP NASAL INFANTIL	Nº 00	UNIDADE
KIT CIRCUITO CPAP NASAL INFANTIL	Nº 1	UNIDADE
KIT CIRURGICO	ESTERIL DESCARTAVEL COM BOLS	UNIDADE
KIT CPAP NASAL CIRCUITO INFANTIL	Nº 0	KIT
KIT CPAP NASAL CIRCUITO INFANTIL	Nº 2	KIT
KIT GASTROSTOMIA	20 FR	KIT
KIT GASTROSTOMIA	24 FR	KIT
KIT IDENTIFICACAO PARA RECEM NASCIDO	MASCULINO - MAE E FILHO AZUL	KIT
KIT NEBULIZACAO	ADULTO	UNIDADE
KIT PARA CIRCUNCISÃO	1,3/1,5/1,7/1,9	KIT
KIWI ESTRATOR OBSTETRICO A VACUO - CLINICAL INOVA	N/A	UNIDADE
LAMINA DE BARBEAR (TIPO GILETE)	N/A	UNIDADE
LAMINA DE BARBEAR Nº 10	N/A	UNIDADE
LAMINA DE BARBEAR Nº 12	N/A	UNIDADE
LAMINA DE BARBEAR Nº 20	N/A	UNIDADE
LAMINA DE BARBEAR Nº 23	N/A	UNIDADE
LAMINA DE BISTURI N° 11	N/A	UNIDADE
LAMINA DE BISTURI N° 15	N/A	UNIDADE
LAMINA DE BISTURI N° 21	N/A	UNIDADE
LAMINA DE DERMATOMO HUMECA D80	N/A	UNIDADE
LANCETA ESTERIL (NR 32)	OPTIUM	UNIDADE
LANCETA GLICEMIA PARA RECEN NASCIDO	N/A	UNIDADE
LENCOL DESCARTAVEL	70 CM X 50 M	ROLO
LENCOL DESCARTAVEL COM ELASTICO	N/A	UNIDADE
LUVA CIRURGICA DE SILICONA (HIPOALERGENICA)	Nº 6,5	PAR
LUVA CIRURGICA DE SILICONA (HIPOALERGENICA)	Nº 7,0	PAR
LUVA CIRURGICA DE SILICONA (HIPOALERGENICA)	Nº 7,5	PAR
LUVA CIRURGICA DE SILICONA (HIPOALERGENICA)	Nº 8,0	PAR
LUVA CIRURGICA DE SILICONA (HIPOALERGENICA)	Nº 8,5	PAR
LUVA CIRURGICA ESTERIL COM TALCO	6	UNIDADE
LUVA CIRURGICA ESTERIL COM TALCO	Nº 6,5	PAR
LUVA CIRURGICA ESTERIL COM TALCO	Nº 7	PAR
LUVA CIRURGICA ESTERIL COM TALCO	Nº 7,5	PAR
LUVA CIRURGICA ESTERIL COM TALCO	Nº 8	PAR
LUVA CIRURGICA ESTERIL COM TALCO	Nº 8,5	PAR
LUVA DE BORRACHA	8,0	PAR
LUVA DE BORRACHA	9,5	PAR
LUVA DE BORRACHA	CANO LONGO EPI - GRANDE	UNIDADE
LUVA DE BORRACHA	CANO LONGO EPI - MEDIO	UNIDADE
LUVA DE BORRACHA	CANO LONGO EPI - PEQUENO	UNIDADE
LUVA DE BORRACHA ANTIDERRAPATE, EM LATEX	TAMANHO P	PAR
LUVA DE PROCEDIMENTO	GRANDE	UNIDADE
LUVA DE PROCEDIMENTO	MEDIO	UNIDADE
LUVA DE PROCEDIMENTO	PEQUENO	UNIDADE
LUVA DE PROTEÇÃO TERMICA	N/A	UNIDADE
MANTA PARA RECEM NASCIDO	1,00 X 1,00	UNIDADE
MANTA TERMICA DESCARTAVEL	ADULTO 213 X 91 CM	UNIDADE
MANTA TERMICA DESCARTAVEL	INFANTIL 152 X 91 CM	UNIDADE
MARCAPASSO TRANSCUTÂNEO ADULTO	DESFIBRILADOR/CARDIOVERSOR Z	UNIDADE
MARCAPASSO TRANSCUTÂNEO INFANTIL	DESFIBRILADOR/CARDIOVERSOR Z	UNIDADE
MASCARA	CARVAO ATIVADO	UNIDADE
MASCARA COM FILTRO PARA MICROORGANISMO N95	NAO SE APLICA	UNIDADE
MASCARA DESCARTAVEL SIMPLES COM CLIPS E TIRAS	NAO SE APLICA	UNIDADE
MASCARA LARINGEA	N.0	UNIDADE
MASCARA LARINGEA	N.1	UNIDADE
MASCARA LARINGEA	N.2	UNIDADE
OCULOS DE PROTECAO	ATO LENTE INETRICA TRANSPARE	UNIDADE
PAPEL PARA MONITOR FETAL/CARDIOTOCOGRAFO	130MM X 120MM X 30 M	BLOCO 250 FOLHAS
PAPEL TERMICO PARA ECG	216 MM X 280 MM	UNIDADE
PAPEL TERMICO PARA ECG	80 MM X 30 M	ROLO
PASTA PROTETORA DE PELE	56 G	TUBO
PLACA BISTURI ELETRICO DESCARTAVEL	BIPARTIDA	UNIDADE
PLACA BISTURI ELETRICO DESCARTAVEL	NEONATO	PACOTE
PLACA BISTURI ELETRICO DESCARTAVEL	PEDIATRICO	PACOTE
PLASTIBEL - DISPOSITIVO PARA CIRCUNCISÃO	1,3 CM	CAIXA C/25 UNIDADES
PLASTIBEL - DISPOSITIVO PARA CIRCUNCISÃO	1,5 CM	CAIXA C/25 UNIDADES
PLASTIBEL - DISPOSITIVO PARA CIRCUNCISÃO	1,7 CM	CAIXA C/25 UNIDADES
PLASTIBEL - DISPOSITIVO PARA CIRCUNCISÃO	1,9 CM	CAIXA C/25 UNIDADES
PLASTICO FILME PVC	100 METROS	ROLO

MATERIAIS PADRONIZADOS

HMTJ
ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE
HOSPITAL MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS

DESCRIÇÃO	ESPECIFICAÇÃO	APRESENTAÇÃO
PÓ PROTETOR DE PELE	28 G	FRASCO
POLIHEXANIDA - SOLUCAO AQUOSA ANTISSEPTICA	0,1 %, 150ML	FRASCO
POLIHEXANIDA GEL ANTISSEPTICO	0,1 % . 150 G	FRASCO
PRESERVATIVO MASCULINO S/ LUBRIFICANTE	NAO SE APLICA	UNIDADE
PROTETOR CUTANEO	28 ML	UNIDADE
PROTETOR CUTANEO PERIESTOMAL	FITA ADESIVA MOLDAVEL	UNIDADE
PROTETOR OCULAR PARA FOTOTERAPIA	TAM G	UNIDADE
PROTETOR OCULAR PARA FOTOTERAPIA	TAM M	UNIDADE
PROTETOR OCULAR PARA FOTOTERAPIA	TAM P	UNIDADE
PULSEIRA DE IDENTIFICACAO	ADULTO BRANCA	UNIDADE
PULSEIRA PARA IDENTIFICACAO PEDIATRICA	COR BRANCA	UNIDADE
SABONETE ANTI-SEPTICO EMOLIENTE COMA AÇÃO CUMULATI	N/A	UNIDADE
SABONETE LIQUIDO NEUTRO	100 ML	FRASCO
SABONETE LIQUIDO NEUTRO	1000 ML	FRASCO
SACO COLETOR TIPO VOMITO E DIURESE UNISEX	RTAVEL CAPACIDADE APROXIMADA	UNIDADE
SALTO ORTOPEDICO BORRACHA	GRANDE	UNIDADE
SALTO ORTOPEDICO BORRACHA	PEQUENO	UNIDADE
SAPATILHA DESCARTAVEL	NAO SE APLICA	UNIDADE
SENSOR MEDICAO DE CONSCIENCIA DESCARTAVEL	ADULTO	UNIDADE
SENSOR MEDICAO DE CONSCIENCIA DESCARTAVEL	INFANTIL	UNIDADE
SERINGA DESCARTAVEL	1 ML	UNIDADE
SERINGA DESCARTAVEL	10 ML	UNIDADE
SERINGA DESCARTAVEL	20 ML	UNIDADE
SERINGA DESCARTAVEL	3 ML	UNIDADE
SERINGA DESCARTAVEL	5 ML	UNIDADE
SERINGA DESCARTAVEL	60 ML SEM BICO	UNIDADE
SERINGA DESCARTAVEL	SEM AGULHA 60 ML LUER LOCK	UNIDADE
SERINGA DESCARTAVEL COM DISPOSITIVO DE SEGURANCA	10 ML COM AGULHA 38 X 7	UNIDADE
SERINGA DESCARTAVEL COM DISPOSITIVO DE SEGURANCA	1ML COM AGULHA 25 X 6	UNIDADE
SERINGA DESCARTAVEL COM DISPOSITIVO DE SEGURANCA	3 ML COM AGULHA 25 X 7	UNIDADE
SERINGA DESCARTAVEL COM DISPOSITIVO DE SEGURANCA	5 ML COM AGULHA 25 X 7	UNIDADE
SERRA DE GIGLI	30 CM	UNIDADE
SERRA DE GIGLI	40 CM	UNIDADE
SISTEMA DE ASPIRACAO CIRCUITO FECHADO TRACK - CARE	10 FR	UNIDADE
SISTEMA DE ASPIRACAO CIRCUITO FECHADO TRACK - CARE	12 FR	UNIDADE
SISTEMA DE ASPIRACAO CIRCUITO FECHADO TRACK - CARE	14 FR	UNIDADE
SISTEMA DE ASPIRACAO CIRCUITO FECHADO TRACK - CARE	16 F	UNIDADE
SISTEMA DE ASPIRACAO CIRCUITO FECHADO TRACK - CARE	6 FR	UNIDADE
SISTEMA DE ASPIRACAO CIRCUITO FECHADO TRACK - CARE	8 FR	UNIDADE
SOLUÇÃO PVPI (POLVIDINE DEGERMATE) ALMOTOLIA	100ML	FRASCO
SOLUÇÃO PVPI (POLVIDINE TINTURA) ALMOTOLIA	100ML	FRASCO
SONDA ALIMENTAÇÃO SILICONE,	14 a 26 french,C/BALÃO	UNIDADE
SONDA ASPIRACAO TRAQUEAL	Nº 10	UNIDADE
SONDA ASPIRACAO TRAQUEAL	Nº 12	UNIDADE
SONDA ASPIRACAO TRAQUEAL	Nº 14	UNIDADE
SONDA ASPIRACAO TRAQUEAL	Nº 16	UNIDADE
SONDA ASPIRACAO TRAQUEAL	Nº 18	UNIDADE
SONDA ASPIRACAO TRAQUEAL	Nº 20	UNIDADE
SONDA ASPIRACAO TRAQUEAL	Nº 4	UNIDADE
SONDA ASPIRACAO TRAQUEAL	Nº 6	UNIDADE
SONDA ASPIRACAO TRAQUEAL	Nº 8	UNIDADE
SONDA FOLLEY 2 VIAS	N. 4	UNIDADE
SONDA FOLLEY 2 VIAS	Nº 10	UNIDADE
SONDA FOLLEY 2 VIAS	Nº 12	UNIDADE
SONDA FOLLEY 2 VIAS	Nº 14	UNIDADE
SONDA FOLLEY 2 VIAS	Nº 16	UNIDADE
SONDA FOLLEY 2 VIAS	Nº 18	UNIDADE
SONDA FOLLEY 2 VIAS	Nº 20	UNIDADE
SONDA FOLLEY 2 VIAS	Nº 22	UNIDADE
SONDA FOLLEY 2 VIAS	Nº 24	UNIDADE
SONDA FOLLEY 2 VIAS	Nº 8	UNIDADE
SONDA FOLLEY 3 VIAS	Nº 14	UNIDADE
SONDA FOLLEY 3 VIAS	Nº 16	UNIDADE
SONDA FOLLEY 3 VIAS	Nº 18	UNIDADE
SONDA FOLLEY 3 VIAS	Nº 20	UNIDADE
SONDA FOLLEY 3 VIAS	Nº 22	UNIDADE
SONDA FOLLEY 3 VIAS	Nº 24	UNIDADE
SONDA FOLLEY DE SILICONE 2 VIAS	Nº 6	UNIDADE
SONDA GÁSTRICA	Nº04	UNIDADE
SONDA GÁSTRICA	Nº06	UNIDADE
SONDA GÁSTRICA	Nº08	UNIDADE
SONDA NASOGASTRICA LONGA	Nº 10	UNIDADE
SONDA NASOGASTRICA LONGA	Nº 12	UNIDADE
SONDA NASOGASTRICA LONGA	Nº 14	UNIDADE
SONDA NASOGASTRICA LONGA	Nº 16	UNIDADE
SONDA NASOGASTRICA LONGA	Nº 18	UNIDADE
SONDA NASOGASTRICA LONGA	Nº 20	UNIDADE
SONDA NASOGASTRICA LONGA	Nº 22	UNIDADE
SONDA P OXIGÊNIO	Nº 04	UNIDADE
SONDA P OXIGÊNIO	Nº 06	UNIDADE
SONDA P OXIGÊNIO	Nº 08	UNIDADE
SONDA P OXIGÊNIO	Nº 10	UNIDADE
SONDA P OXIGÊNIO	Nº 12	UNIDADE
SONDA PARA ALIMENTAÇÃO ENTERAL INFANTIL	Nº08	UNIDADE
SONDA PARA NUTRICAO ENTERAL	10 FR	UNIDADE
SONDA PARA NUTRICAO ENTERAL	14 FR	UNIDADE

MATERIAIS PADRONIZADOS

DESCRIÇÃO	ESPECIFICAÇÃO	APRESENTAÇÃO
SONDA PARA NUTRICAO ENTERAL	8 FR	UNIDADE
SONDA PARA NUTRICAO ENTERAL	COM OGIVA MET 6 FR	UNIDADE
SONDA PARA NUTRICAO ENTERAL	POLIURETANO 12 F	UNIDADE
SONDA RETAL	Nº 04	UNIDADE
SONDA RETAL	Nº 08	UNIDADE
SONDA RETAL	Nº 10	UNIDADE
SONDA RETAL	Nº 12	UNIDADE
SONDA RETAL	Nº 14	UNIDADE
SONDA RETAL	Nº 16	UNIDADE
SONDA RETAL	Nº 18	UNIDADE
SONDA RETAL	Nº 20	UNIDADE
SONDA RETAL	Nº 22	UNIDADE
SONDA RETAL	Nº 28	UNIDADE
SONDA RETAL	Nº 30	UNIDADE
SONDA SENGSTAKEN BLACKMORE	Nº 16	UNIDADE
SONDA SENGSTAKEN BLACKMORE	Nº 18	UNIDADE
SONDA URETRAL	Nº 04	UNIDADE
SONDA URETRAL	Nº 06	UNIDADE
SONDA URETRAL	Nº 08	UNIDADE
SONDA URETRAL	Nº 10	UNIDADE
SONDA URETRAL	Nº 12	UNIDADE
SONDA URETRAL	Nº 14	UNIDADE
SONDA URETRAL	Nº 16	UNIDADE
SONDA URETRAL	Nº 18	UNIDADE
SONDA URETRAL	Nº 20	UNIDADE
SONDA URETRAL	Nº 22	UNIDADE
SONDA URETRAL	Nº 24	UNIDADE
TELA DE POLIPROPILENO	15 X 15 CM	UNIDADE
TELA DE POLIPROPILENO	20 X 30 CM	UNIDADE
TERMOMETRO CLINICO	PRISMATICO	UNIDADE
TIRA REAGENTE PARA DETERMINAÇÃO QUANTITATIVA DE GLI	N/A	UNIDADE
TORNEIRA 3 VIAS	3 VIAS	UNIDADE
TOUCA DESCARTAVEL COM ELASTICO	BRANCA	UNIDADE
TRANSDUTOR PARA MONITORACAO DE PRESSAO INVASIVA DESCARTAVEL	DIXTAL DRAGER	UNIDADE
TRANSDUTOR PARA MONITORACAO DE PRESSAO INVASIVA DESCARTAVEL	MODELO MX 9604A	UNIDADE
TRANSDUTOR PARA MONITORACAO DE PRESSAO INVASIVA DESCARTAVEL	MYNDREN	UNIDADE
TUBO DE LATEX	NR 200 - 15 M	UNIDADE
TUBO DE LATEX	NR 204 - 15 M	UNIDADE
TUBO DE LATEX	Nº 203	UNIDADE
TUBO ENDOTRAQUEAL	COM BALAO Nº 3,5	UNIDADE
TUBO ENDOTRAQUEAL	COM BALAO Nº 3.0	UNIDADE
TUBO ENDOTRAQUEAL	COM BALAO Nº 4,0	UNIDADE
TUBO ENDOTRAQUEAL	COM BALAO Nº 4,5	UNIDADE
TUBO ENDOTRAQUEAL	COM BALAO Nº 5,5	UNIDADE
TUBO ENDOTRAQUEAL	COM BALAO Nº 6,0	UNIDADE
TUBO ENDOTRAQUEAL	COM BALAO Nº 6,5	UNIDADE
TUBO ENDOTRAQUEAL	COM BALAO Nº 7,0	UNIDADE
TUBO ENDOTRAQUEAL	COM BALAO Nº 7,5	UNIDADE
TUBO ENDOTRAQUEAL	COM BALAO Nº 8,0	UNIDADE
TUBO ENDOTRAQUEAL	COM BALAO Nº 8,5	UNIDADE
TUBO ENDOTRAQUEAL	COM BALAO Nº 9,0	UNIDADE
TUBO ENDOTRAQUEAL	SEM BALAO Nº 2,0	UNIDADE
TUBO ENDOTRAQUEAL	SEM BALAO Nº 2,5	UNIDADE
TUBO ENDOTRAQUEAL	SEM BALAO Nº 3,0	UNIDADE
TUBO ENDOTRAQUEAL	SEM BALAO Nº 3,5	UNIDADE
TUBO ENDOTRAQUEAL	SEM BALAO Nº 4,0	UNIDADE
TUBO ENDOTRAQUEAL	SEM BALAO Nº 4,5	UNIDADE
TUBO ENDOTRAQUEAL (OU CANULA)	COM BALAO Nº 5,0	UNIDADE
TUBO ENDOTRAQUEAL ARAMADO ESPIRALADO	COM BALAO Nº 6,0	UNIDADE
TUBO ENDOTRAQUEAL ARAMADO ESPIRALADO	COM BALAO Nº 6,5	UNIDADE
TUBO ENDOTRAQUEAL ARAMADO ESPIRALADO	COM BALAO Nº 7,0	UNIDADE
TUBO ENDOTRAQUEAL ARAMADO ESPIRALADO	COM BALAO Nº 7,5	UNIDADE
TUBO ENDOTRAQUEAL ARAMADO ESPIRALADO	COM BALAO Nº 8,0	UNIDADE
TUBO ENDOTRAQUEAL ARAMADO ESPIRALADO	COM BALAO Nº 8,5	UNIDADE
UROSTOP (Adaptador para sonda de Foley)	16 FR	UNIDADE
VASELINA LIQUIDA	1000ML	FRASCO

10.2.3: ÁREA DA QUALIDADE TÉCNICA

IMPLEMENTAÇÃO E FUNCIONAMENTO DE OUTROS SERVIÇOS

Apresentação de critérios para a contratação de terceiros para os serviços de limpeza, vigia/vigilância e manutenção predial

CRITERIOS PARA CONTRATAÇÃO DE TERCEIROS

Os serviços devem ser executados e contratados, atendendo às premissas do **REGULAMENTO DE CONTRATAÇÕES DE OBRAS, SERVIÇOS E COMPRAS DO HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS – HMTJ/OSS,** disponibilizados no sitio da Instituição (http://osshmtj.org.br) .

VISITA PRÉVIA

Torna-se opcional a visita prévia ao Hospital para melhor entendimento das condições de realização dos serviços, esta deve ser agendada com a OSS HMTJ, através do telefone 32 - 4009-2336, 32-4009 - 2337 ou 32 – 4009-2338, contato Leandro Bonoto.

A visita pode ocorrer em qualquer dia e horário, desde que informado previamente para que o Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus possa destinar uma pessoa para acompanhar a visita e tirar as dúvidas.

Não será aceito como justificativa para solicitação de aditivos ao valor da proposta o desconhecimento de quaisquer condições relativas à referida unidade de saúde, por parte do Proponente.

DA HABILITAÇÃO:

Os proponentes deverão apresentar a documentação abaixo relacionada, tendo pleno conhecimento de que a não regularização da apresentação da documentação no prazo estipulado implicará em sua desclassificação e na impossibilidade de ser efetivada a contratação, sem prejuízo da aplicação das demais sanções previstas no Regulamento de Compras e Contratação de Obras e Serviços da OSS HMTJ.

Caso a empresa seja escolhida para prestar o serviço, deverá manter tal documentação atualizada mensalmente, sendo essa atualização fator determinante para a realização do pagamento mensal.

1	Cópia do RG, CPF ou CNH do responsável da empresa
2	Cópia da Certidão de Regularidade Técnica da empresa vigente de acordo com o Conselho de Registro de Classe (se aplicável)
3	Cópia da Certidão de Regularidade Técnica vigente do profissional especializado de acordo com o Conselho de Registro de Classe (se aplicável)
4	Cópia do Contrato Social e da última alteração contratual

5	Cópia do Cartão CNPJ
6	Cópia do Alvará de Localização vigente (se aplicável)
7	Cópia do Alvará de Vigilância Sanitária vigente (se aplicável)
8	Cópia da Certidão Negativa de Falência e Concordata
9	Cópia da Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas
10	Cópia da Certidão Conjunta Receita Federal e Dívida Ativa da União
11	Cópia da Certidão Negativa do FGTS
12	Dados Bancários PJ

Termo de referência para contratação de serviço terceirizado de Limpeza

- Apresentar planilha de custos de acordo com a estrutura;
- Apresentar Licença/ Certificado emitido pela Vigilância Sanitária;
- Comprovar através de documentação adimplência de encargos relativos aos funcionários;
- Apresentar proposta de contrato;
- Comprovar capacidade técnica específica da Mão-de-obra oferecida através de Referências no ramo específico da equipe proposta;
- Apresentar proposta de escala nos respectivos Postos;
- Apresentar proposta para Fornecer Livro de Ocorrência, uniformes e seus complementos à mão-de-obra envolvida;
- A proposta não poderá repassar os custos de qualquer um destes itens de uniforme e equipamentos a seus empregados;
- Prever toda a mão-de-obra necessária para garantir a operação dos Postos, nos regimes contratados, obedecidas as disposições da legislação trabalhista vigente;
- Apresentar proposta para efetuar a reposição da mão-de-obra nos Postos, em caráter imediato, em eventual ausência, não sendo permitida a prorrogação da jornada de trabalho (dobra);
- Apresentar proposta para manter disponibilidade de efetivo dentro dos padrões desejados, para atender eventuais acréscimos solicitados pela Administração, bem como impedir que a mão-de-obra que cometer falta disciplinar, qualificada como de natureza grave, seja mantida ou retorne às instalações da mesma;
- Apresentar proposta para atender de imediato às solicitações quanto a substituições da mão-de-obra, qualificada ou entendida como inadequada para a prestação dos serviços;
- Apresentar proposta para instrução ao seu preposto quanto à necessidade de acatar as orientações da Administração, inclusive quanto ao cumprimento das Normas Internas e de Segurança e Medicina do Trabalho

Termo de referência para contratação de serviço terceirizado de Vigia e Vigilância

- Apresentar planilha de custos de acordo com a estrutura;
- Apresentar Licença/ Certificado emitido pela Polícia Federal para funcionamento;
- Comprovar através de documentação adimplência de encargos relativos aos funcionários;
- Apresentar proposta de contrato;
- Comprovar capacidade técnica específica da Mão-de-obra oferecida através de Certificado de Curso de Formação de Vigilantes e referências no ramo específico da equipe proposta;
- Apresentar proposta de escala nos respectivos Postos;
- Apresentar proposta para Fornecer Livro de Ocorrência, uniformes e seus complementos à mão-de-obra envolvida, conforme a seguir descrito e com o disposto no respectivo Acordo, Convenção ou Dissídio Coletivo de Trabalho: Uniforme masculino Calça / Camisa de mangas compridas e curtas / Cinto / Sapatos / Meias / Quepe com emblema Jaqueta de frio ou Japona / Capa de chuva / Colete balístico nível 2 / Crachá / Cinto com coldre e baleiro / Munição calibre 38 / Distintivo tipo Broche / Cassetete / Porta Cassetete / Apito / Cordão de Apito / Lanterna para 3 pilhas grandes / Pilhas para lanterna; Uniforme feminino Calça e Saia / Camisa de mangas compridas e curtas / Cinto / Sapatos / Meias / Casaco de frio Distintivo tipo Broche / Crachá;
- A proposta não poderá repassar os custos de qualquer um destes itens de uniforme e equipamentos a seus empregados;
- Prever toda a mão-de-obra necessária para garantir a operação dos Postos, nos regimes contratados, obedecidas as disposições da legislação trabalhista vigente;
- Apresentar atestado de antecedentes civil e criminal de toda mão-de-obra oferecida para atuar nas instalações da Administração;

Termo de referência para contratação de serviço terceirizado de Manutenção Predial

- Apresentar planilha de custos de acordo com a estrutura;
- Comprovar através de documentação adimplência de encargos relativos aos funcionários;
- Apresentar proposta de contrato;
- Comprovar capacidade técnica específica da Mão-de-obra oferecida através de Referências no ramo específico da equipe proposta;
- Apresentar proposta de escala nos respectivos Postos de manutenção;
- Apresentar proposta para Fornecer Livro de Ocorrência, uniformes e seus complementos à mão-de-obra envolvida;
- A proposta não poderá repassar os custos de qualquer um destes itens de uniforme e equipamentos a seus empregados;
- Prever toda a mão-de-obra necessária para garantir a operação dos Postos de manutenção, nos regimes contratados, obedecidas as disposições da legislação trabalhista vigente;
- Apresentar proposta para efetuar a reposição da mão-de-obra nos Postos, em caráter imediato, em eventual ausência, não sendo permitida a prorrogação da jornada de trabalho (dobra);
- Apresentar proposta para manter disponibilidade de efetivo dentro dos padrões desejados, para atender eventuais acréscimos solicitados pela Administração, bem como impedir que a mão-de-obra que cometer falta disciplinar, qualificada como de natureza grave, seja mantida ou retorne às instalações da mesma;
- Apresentar proposta para atender de imediato às solicitações quanto a substituições da mão-de-obra, qualificada ou entendida como inadequada para a prestação dos serviços;
- Apresentar proposta para instrução ao seu preposto quanto à necessidade de acatar as orientações da Administração, inclusive quanto ao cumprimento das Normas Internas ede Segurança e Medicina do Trabalho
- A empresa será responsável pela prestação de serviço de Manutenção Predial da unidade, incluindo instalações prediais, móveis, máquinas e equipamentos;
- A equipe deverá ser treinada e capacidade para atuar nas diferentes demandas;
- Os serviços consistem em pequenos reparos de cosntrução civil, serviços de eletricista e bombeiros hidráulicos, pequenos reparos em móveis e equipamentos de menor complexidade.
- A Contratada será responsável por toda contratação de pessoal, ferramentas, uniformes, treinamentos, impostos e todos os outros custos inerentes à prestação de serviço.

CONSIDERAÇÕES GERAIS

A contratante, durante a avaliação das propostas, poderá solicitar ao proponente

esclarecimentos adicionais que julgar necessários sobre sua proposta

Após a entrega das propostas, nenhum documento poderá ser anexado à mesma, exceto se solicitado pela contratante.

O julgamento das propostas será efetuado de acordo com normas e critérios exclusivos da contratante e dentro do melhor interesse para gestão e operacionalização da unidade.

Durante a análise das propostas, a contratante poderá excluir qualquer das proponentes, sem direito a indenização, compensação ou ressarcimento de qualquer natureza, e sem prejuízo das sansões cabíveis, se tiver notícia de fato ou circunstância que desabone sua idoneidade ou capacidade financeira, técnica ou administrativa.

As propostas deverão ser enviadas por e-mail e em formato PDF, contendo Razão Social, CNPJ, E-mail e Telefone.

REGULAMENTO DE CONTRATAÇÃO DE OBRAS, SERVIÇOS E COMPRAS DO HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS – HMTJ/OSS

Capítulo I: Das Disposições Gerais

Art. 1º. O presente regulamento estabelece normas para contratação de obras, serviços e compras no desenvolvimento das atividades do Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus e no âmbito dos serviços e gerenciamento de unidades públicas e privadas sob a gestão do **HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS – HMTJ/OSS**, qualificado como Organização Social de Saúde – OSS.

Art. 2º. A contratação de obras, serviços e compras do HMTJ/OSS no gerenciamento de unidades públicas e privadas serão feitas de acordo com as normas estabelecidas neste regulamento e com o disposto em seu Estatuto Social.

Art. 3º. O cumprimento das normas deste regulamento destina-se a selecionar, dentre as propostas apresentadas, a melhor proposta para o HMTJ/OSS e para o parceiro ente público/privado, mediante julgamento objetivo, devendo ser observados os seguintes princípios:

I. Razoabilidade;
II. Eficiência;
III. Qualidade;
IV. Economicidade.
V. Impessoalidade

ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE
HOSPITAL MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS

Capítulo II: Dos Procedimentos de Aquisição

Seção I: Disposições Gerais

Art. 4º. Os procedimentos de contratação de obras, serviços e compras deverão conter a aprovação da Administração, podendo, a seu critério, ser a função, delegada a pessoa ou órgão de sua confiança.

Seção II: Das Compras

Art. 5º. Entende-se por compra toda a aquisição remunerada de bens ou serviços para fornecimento de uma só vez ou parceladamente.

Parágrafo Primeiro – As compras de bens e serviços serão feitas mediante a apresentação de, ao menos 3 (três) orçamentos ou propostas as quais poderão ser apresentadas por e-mail, fax, lances eletrônicos, lances presenciais ou qualquer outro meio lícito, transparente, eficiente e impessoal, adotado pela entidade, como critério de recebimento das propostas.

Parágrafo Segundo - Poderá, entretanto ser dispensada a apresentação do número mínimo de orçamentos ou propostas previstos no parágrafo anterior, nos casos de urgência/emergência, em caso de ausência de proposta após comprovado o convite ou nos de dispensa ou inexigibilidade previstos no presente regulamento, conforme art. 11 e art. 12 do presente regulamento.

Art. 6º. O processo de compra/aquisição compreenderá as seguintes etapas:

I. Qualificação de fornecedores;
II. Requisição de compra;
III. Pesquisa de mercado;
IV. Solicitação de orçamentos/proposta;
V. Avaliação de melhor oferta/ proposta;
VI. Emissão da ordem de compra.

Parágrafo primeiro: A qualificação dos prestadores de serviços interessados em contratar com a OSSHMTJ dar-se-á pela apresentação dos seguintes documentos, além de outros que porventura sejam solicitados quando da apresentação de orçamentos/propostas:

ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE
HOSPITAL MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS

I. Cópia do RG, CPF ou CNH do responsável da empresa
II. Cópia da Certidão de Regularidade Técnica da empresa vigente de acordo com o Conselho de Registro de Classe (se aplicável)
III. Cópia da Certidão de Regularidade Técnica vigente do profissional especializado de acordo com o Conselho de Registro de Classe (se aplicável)
IV. Cópia do Contrato Social e da última alteração contratual
VI. Cópia do Cartão CNPJ
VII. Cópia do Alvará de Localização vigente (se aplicável)
VII. Cópia do Alvará de Vigilância Sanitária vigente (se aplicável)
VIII. Cópia da Certidão Negativa de Falência e Concordata
IX. Cópia da Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas
X. Cópia da Certidão Conjunta Receita Federal e Dívida Ativa da União
XI. Cópia da Certidão Negativa do FGTS
XII. Dados Bancários PJ

Parágrafo segundo: A qualificação dos prestadores de serviços médicos interessados em contratar com a OSSHMTJ dar-se-á pela apresentação dos seguintes documentos, além de outros porventura solicitados:

I. Cópia do CRM e RG; CPF ou CNH do médico
II. Cópia do diploma e título de especialização
III. Cópia do Contrato Social e da última alteração contratual
IV. Cópia do Cartão CNPJ
V. Cópia da Certidão Negativa de Falência e Concordata
VI. Cópia da Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas
VII. Cópia da Certidão Conjunta Receita Federal e Dívida Ativa da União
VIII. Cópia da Certidão Negativa do FGTS
IX. Dados bancários PJ

Parágrafo terceiro: A seleção dos fornecedores de produtos dar-se-á com base na capacidade em atender os requisitos estabelecidos pela instituição e legislação vigente, sendo necessária a apresentação dos seguintes documentos além de outros porventura solicitados quando da solicitação de orçamentos/propostas:

I. ato constitutivo da empresa (contrato social ou sua última alteração, estatuto social e ata de assembleia, requerimento de empresário individual)
II. Inscrição no Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas (CNPJ).

Parágrafo quarto: Aos fornecedores críticos (medicamentos, materiais médicos e alimentos perecíveis) é necessário, além da apresentação dos documentos elencados no parágrafo terceiro, os seguintes documentos:

I. Manutenção vigente do alvará sanitário
II. Certificado de responsabilidade técnica
III. Autorização da ANVISA, quando aplicável
IV.

Art. 7º. A requisição de compra deverá conter:

I. <u>Caráter de aquisição</u>: Se normal ou em regime de urgência:
   a) No caso de compras por meio do regime de urgência, o solicitante deverá fornecer subsídios para o perfeito atendimento da solicitação e da configuração do estado de urgências;

II. Descrição de compra: Que deverá necessariamente conter:

a) Especificações do bem/serviços;
b) Definição de quantidade e unidade do bem;
c) Informações técnicas e demais características que permitam sua aquisição/contratação.

Parágrafo Único – Para fins do inciso I, "a" do presente artigo considera-se de urgência toda aquisição de bens indisponíveis em estoque ou cuja quantidade não atenda ao estoque de segurança estabelecido para a unidade e que necessitem de utilização imediata, bem como de serviços quando necessários para normalizar as atividades reguladoras das unidades interessadas, sobretudo as ligadas ao atendimento assistencial. Poderão as unidades, dado o grau de urgência, adquirir bem ou serviço com recursos próprios ou para pagamento posterior, mediante autorização de seus responsáveis.

Seção III: Das Obras e Serviços de Engenharia

Art. 8º. Entende-se por obra toda construção, reforma, adequação, fabricação, recuperação, ampliação ou restauração, total ou parcial dos bens imóveis da entidade, ou aqueles por elas locados, ou sob sua gestão, realizada por execução direta ou indireta. Por serviços de engenharia entende-se toda atividade destinada a obter determinada utilidade de interesse para a Administração, tais como: demolição, conserto, instalação, montagem, operação, conservação, reparação, adaptação, manutenção ou trabalhos técnico-profissionais.

ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE
HOSPITAL MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS

Parágrafo Primeiro: A forma e o regime de execução serão escolhidos pela Administração da entidade, cabendo à mesma, a abertura de processo para seleção da melhor proposta e a dispensa ou inexigibilidade do certame concorrencial, na forma do presente regulamento. Aplica-se na prestação de serviços, no que couber, o disposto no art. 6º parágrafo 1º.

Parágrafo Segundo: Para contratação das obras e serviços de engenharia deverão ser consultadas, sempre que possível, 3 (três) empresas. Os estudos preliminares e os projetos deverão considerar, principalmente os seguintes requisitos:

I. Segurança;
II. Funcionalidade e adequação;
III. Economia na execução, conservação e operação;
IV. Possibilidade de emprego e mão-de-obra, materiais, tecnologia e matérias-primas existentes no local para execução, conservação e operação;

V. Adoção das normas técnicas, de saúde e de segurança do trabalho adequadas;
VI. Experiência anterior, regularidade jurídica, fiscal e adequada situação financeira da empresa;
VII. Impacto ambiental.

Parágrafo terceiro – os serviços dos quais trata a presente Seção poderão ser contratados por meio de pregão, leilão ou lances, quer sejam presenciais ou eletrônicos.

Seção IV: Dos Serviços Técnicos Especializados

Art. 9º. Entende-se por serviços técnicos especializados aqueles relativos a:

I. Profissionais e serviços da área de saúde, tais como:
   a) Médicos e equipes médicas, em suas especialidades, fornecedores de mão-de-obra e equipamentos;
   b) Técnicos e equipes técnicas fornecedoras de mão-de-obra e equipamentos, diagnose e terapia;
   c) Treinamento e desenvolvimento específico da área da saúde;
   d) Profissionais ligados à produção técnica científica específica da área objeto da contratação;

II. Outras atividades especializadas, tais como:

   a) Estudos técnicos, planejamentos e projetos básicos e executivos;
   b) Pareceres, perícias e avaliações em geral;
   c) Assessorias ou consultorias técnicas fornecedoras e auditorias financeiras ou tributárias e serviços jurídicos e de contabilidade;
   d) Fiscalização, supervisão, administração ou gerenciamento de obras ou serviços;
   e) Patrocínio ou defesa de causas judiciais ou administrativas;
   f) Treinamento e desenvolvimento de pessoas.
   g) Contratação de empresas fornecedoras de softwares e sistemas de gestão
   h) Prestação de Serviços de Tecnologia da Informação

Art. 10. Para a contratação dos serviços previstos nesta seção será necessária seleção criteriosa do prestador de serviços, considerando a idoneidade, a experiência, a reconhecida qualidade e a especialização do contratado, dentro da respectiva área.

Seção V: Da dispensa e da inexigibilidade de procedimento concorrencial

Art. 11. São casos de dispensa do procedimento previsto no artigo 5º, parágrafo primeiro:

I. Na aquisição de perecíveis;
II. Aluguel ou aquisição de imóvel destinado a uso próprio;
III. Telefonias e jornais de grande circulação;
IV. Aquisição de componentes ou peças de origem nacional ou estrangeira, necessárias à manutenção de equipamentos durante o período de garantia técnica, junto ao fornecedor original desses equipamentos, quando tal condição de exclusividade for indispensável para a vigência da garantia.
V. Para aquisição de materiais, equipamentos ou gêneros que só possam ser fornecidos por produtor, empresa ou representante comercial exclusivo
VI. Contratação em que houver transferência de tecnologia de produtos estrangeiros para o Sistema Único de Saúde – SUS, inclusive por ocasião das aquisições destes produtos durante as etapas de absorção tecnológica.
VII. Prestação de serviços de instalação e acompanhamento dos programas de informática gerenciais
VIII. Contratação de serviços de manutenção de equipamentos onde, para realização da proposta/orçamento pelo fornecedor, é imprescindível o envio do equipamento. Nesse caso é necessária seleção criteriosa de prestadores de serviços com experiência no ramo de atuação, observando a economicidade para o ente público/privado.
IX. Para contratações de serviços técnicos especializados, previstos no art. 9º do presente regulamento;
X. Para os demais casos desde que justificados pela unidade requisitante, após prévio parecer de Administração.

ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE
HOSPITAL MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS

Art. 12. São casos de inexigibilidade do procedimento previsto no artigo 5º, parágrafo primeiro:

I. Para impressão nos diários oficiais;
II. Na contratação de fornecimento de energia elétrica, água e gás encanados;
III. Correios;
IV. Nos casos de fornecedores e / ou representante exclusivo;
V. Nos casos previstos com o regime de urgência;
VI. Quando da impossibilidade de competição, ou seja, inexistência na região geográfica de mais de um fornecedor, desde que adequadamente demonstrada

Capítulo III: Dos Contratos

Art. 13. As contratações de obras, serviços terceirizados, serviços técnicos especializados, alienações, locações e aquisições de bens de imóveis deverão ser objeto de contrato elaborado pela entidade, em acordo de termos com a parte contrária, atendendo aos preceitos e requisitos legais do presente regulamento, do

Estatuto Social da entidade, do código Civil e legislações que disponham sobre a matéria.

Parágrafo Primeiro – Os contratos deverão ser instituídos com documentos necessários à regular contratação dos mesmos.

Parágrafo Segundo – Para aquisição de bens com entrega imediata e integral, dos quais resultem obrigações futuras, inclusive assistência técnica, o termo de contrato é dispensável, **podendo ser substituído pela ordem ou acordo de compra,** respeitando os procedimentos de aquisição de previstos no presente regulamento.

Capítulo IV: Das Disposições Finais

Art. 14. Os casos omissos ou duvidosos na interpretação do presente regulamento serão decididos pela Administração da entidade sendo submetidos ao respectivo Conselho, na primeira oportunidade.

Art. 15 - Todo o processo de compras, contratações e locações de que trata este Regulamento deverá ser documentado de modo a permitir o seu acompanhamento, controle e fiscalização.

Art. 16. O presente regulamento entrará em vigor na data de sua publicação, não prejudicando atos jurídicos e fatos perfeitos decorridos ou continuados até a presente data.

Art. 17. As normas e valores estabelecidos no presente Regulamento poderão ser revistos e atualizados conforme necessidade.

Art. 18. Ficam revogados todas as disposições anteriores que conflitem ou mesmo deliberem sobre questões previstas nos dispositivos contidos no presente regulamento.

Aprovado pelo Conselho de Administração em 21 de julho de 2022.

ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE
HOSPITAL MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS

10.2.3: ÁREA DA QUALIDADE TÉCNICA

POLITICA DE RECURSOS HUMANOS

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

Desenvolvimento Humano e Clima Organizacional

O processo de desenvolvimento humano e organizacional compartilhado pelo HMTJ tem como objetivo contribuir com a valorização dos colaboradores e o aperfeiçoamento das suas competências individuais, através de uma abordagem humanizada que, além de considerar os aspectos organizacionais nos processos, considera também as qualidades psicossociais e emocionais de cada indivíduo, promovendo:

- Melhoria do clima organizacional;
- Processos de treinamento e capacitação mais eficientes;
- Diminuição do turnover versus maior retenção de profissionais;
- Atração de talentos cada vez mais qualificados;
- Aumento dos níveis de satisfação dos colaboradores;
- Mais qualidade na assistência, na operação e na administração da unidade e melhoria da imagem da empresa junto a sociedade que está inserida.

Estudos sobre o clima organizacional são fundamentais para o diagnóstico do ambiente interno das organizações, possibilitando o planejamento de intervenções e mudanças, independentemente da organização ser pública ou privada.

O estudo de clima organizacional abre uma nova dimensão na busca de explicações sobre o comportamento organizacional, especialmente quando voltado para a identificação dos aspectos que mais influenciam na percepção dos problemas institucionais.

Um dos parâmetros para a análise do ambiente de trabalho é a determinação do grau de satisfação com que o trabalhador executa suas tarefas e de que forma esse índice de satisfação pode interferir na qualidade das atividades realizadas e na eficácia esperada pela instituição.

O trabalhador, ao ingressar profissionalmente em uma instituição, busca, supostamente, a satisfação de suas necessidades de realização pessoal tanto quanto de realização profissional, e o alcance desses objetivos está atrelado diretamente à importância que a empresa dá à gestão de pessoas e ao alcance da eficácia de seus resultados. Logo, o bom desempenho destes trabalhadores é consequência de uma estratégia eficiente de desenvolvimento da qualidade dos serviços prestados, ou dos bens produzidos, associada ao desenvolvimento eficiente das pessoas colaboradoras.

O clima organizacional se reflete não só a nível individual, mas também a nível coletivo, influenciando a satisfação do trabalhador e sua performance, assim como a performance de toda a organização.

A justificativa para esta pesquisa está relacionada com a seguinte questão: como a pesquisa de clima organizacional pode ser uma ferramenta eficaz para diagnosticar o grau de motivação dos colaboradores e melhorar o desempenho da gestão.

Desenvolvimento de Pessoas

Com o objetivo de desenvolver constantemente os colaboradores, apresentaremos as políticas de Desenvolvimento de Pessoas, aumentando assim os conhecimentos, habilidades e competência da sua força de trabalho, melhorando o desempenho geral da organização.

Este processo inicia-se desde o primeiro dia de trabalho, na integração institucional/setorial. Na sequência acompanhamos sua adaptação e construção dos conhecimentos internos nas avaliações de experiência e desempenho, bem como nos treinamentos pontuais internos ou externos viabilizados pelo NEP.

I. Objetivo

Identificar os aspectos que possa contribuir no engajamento das pessoas frente aos objetivos e estratégias da instituição bem como propiciar um clima de trabalho harmônico e satisfatório. Mensurar a percepção que as pessoas que trabalham na entidade têm das políticas, práticas, ambiente interno e das relações humanas que permeiam estas interações sejam elas setoriais oi intersetoriais. Orientar a priorização das ações de melhoria pós-pesquisa, bem como dos planos de ação oportunamente que possam ser desenvolvidos.

II. Materiais

Computador, Sistema SIGQUALI, FLUIG, Formulários padronizados.

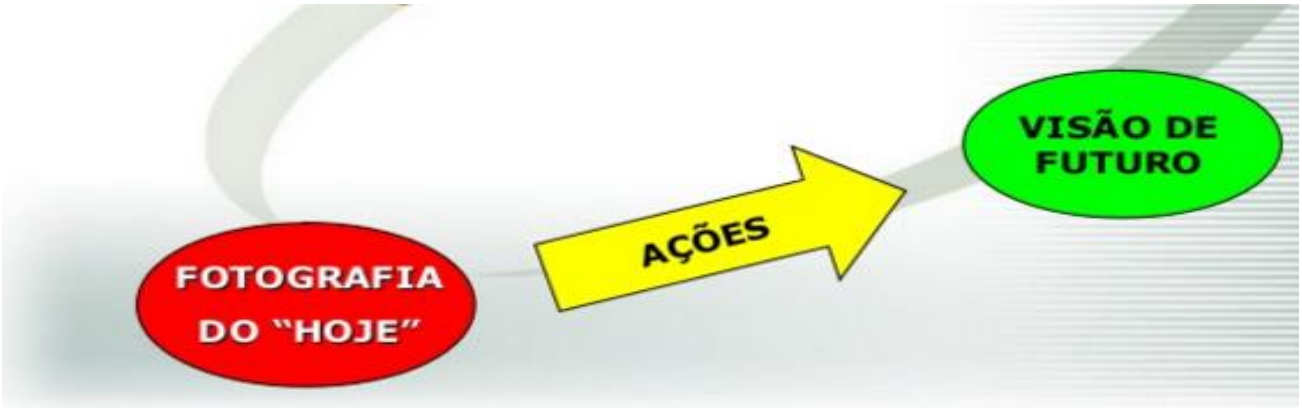
III. Abrangência

A política é aplicável a toda Entidade.

IV. Descrição dos passos da atividade

- **Princípios**
  - Comprometimento
  - Transparência e ética
  - Participação minima de 30%
  - Segurança e confiabilidade

Figura I



- **Custos do projeto**
  - Tratando-se de projeto elaborado dentro da instituição e disponibilizado por meios eletrônicos, não há necessidade de investimento material para sua execução. Somente quando esta for terceirizada ao qual contará com orçamente de empresas que prestam este tipo de seriço no mercado. Todavia algumas ações de decoração e brindes de participação poderão ser obtidos por meio de valor de caixa da unidade, com autorização da Direção.

- **Cronograma**

São as etapas necessárias para a execução de uma pesquisa de clima organizacional.

É extremamente importante o planejamento da pesquisa de clima, sua divulgação com pelo menos 15 dias antes de início da pesquisa, o engajamento dos gestores como facilitadores e incentivadores dos colaboradores na participação do projeto e principalmente o retorno a todos os funcionários sobre o resultado da pesquisa bem como das ações cabíveis e até mesmo das não cabíveis.

Estrutura Analítica do Projeto (EAP)		**Cronograma**		**Área interveniente**
		Início	**Término**	
Etapa I – Diagnóstico do Clima Organizacional				
1	obtenção de apoio e aprovação para a realização da pesquisa;	mar	mar	RH / Diretoria/ Administração
2	definir objetivos da empresa e o seu planejamento;	mar	/mar	RH / Diretoria/ Administração
3	escolher e desenvolver a metodologia de aplicação da pesquisa;	mar	mar	RH
4	teste piloto;			
5	parametrização;			
6	divulgação da pesquisa;	mar	mar	RH / Comunicação
7	aplicação do questionário e coleta dos dados;	abr	abr	RH
8	tabulação e análise dos resultados;	abr	abr	RH
Etapa II – Análise e Planejamento de Ações de Melhoria (opcional)				
1	gerar relatórios e feedback para todos os membros da organização;	mai	mai	RH
2	desenvolvimento de planos de ações que contemple soluções possíveis; Priorização de ações segundo grau de importância estratégica (opcional)	mai	mai	RH / Demais Deptos
3	assessorar a implantação e gerenciamento do plano de ação;	mai	mai	RH
4	aplicar nova pesquisa de clima para analisar os resultados do plano de ação;	Julho ano seguinte		RH / Comunicação
5	comparar resultados com a pesquisa anterior.	Junho ano seguinte		RH / Lideranças e Diretoria

- **Modelo Divulgação Resultado por Unidade**

RESULTADO PESQUISA DE CLIMA ORGANIZACIONAL	
META MÍNIMA DE SATISFAÇÃO	**85%**
PERIODO DE REALIZAÇÃO	**jul/201x**
FILIAL	**xxxx**
EMPREGADOS ATIVOS NA FILIAL	**xxx**
ABSTENÇÕES	**xxx**
EMPREGADOS DE FÉRIAS NO PERÍODO	**xx**
RECEM ADMITIDOS	**xx**
LICENÇA INSS	**xx**
RETORNO RESPOSTAS	**xx**
PERCENTUAL PARTICIPAÇÃO	**xx%**
VARIÁVEIS CORPORATIVAS	
1 A EMPRESA	
2 COMUNICAÇÃO	
3 ESPIRITO DE EQUIPE	
4 HIGIENE E SEGURANÇA	
5 RECONHECIMENTO E RECOMPENSA	
6 LIDERANÇA	
7 TREINAMENTO E DESENVOLVIMENTO	
8 BENEFICIOS	
9 RELAÇÃO COM O TRABALHO	
10 MOTIVAÇÃO	
MEDIA DE SATISFAÇÃO GERAL	
IMPORTANCIA DO SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE	

As pontuações obtidas se dividem de acordo com a seguinte escala:	
	de 90 a 100 é considerada como uma pontuação excelente só requerendo reforço.
	de 70 a 89 é considerada como uma pontuação boa, apesar de não agregar muitos valor. Nesse faixa há uma maior dispersão das respostas (maior desvio padrão) - ABERTURA DE PROCESSOS PREVENTIVOS
	de 0 a 69 é considerada como uma pontuação que requer ações imediatas - ABERTURA DE PROCESSOS CORRETIVOS

- **Questionário**

VARIÁVEIS		PERGUNTAS
A Empresa	1	Sinto-me satisfeito em participar do quadro de colaboradores da entidade.
	2	Em uma escala de 0 a 10, o quanto você indicaria o HMTJ para um amigo/parente como um bom lugar para trabalhar.
	3	Eu conheço a missão, a visão e dos valores do HMTJ.
Comunicação	4	Os informativos utilizados pela Empresa apresentam com clareza as notícias e informações.
	5	No meu setor existem reuniões frequentes entre coordenação e equipe.
	6	As decisões que afetam meu trabalho são comunicadas e explicadas previamente.
	7	O meio de comunicação que considero mais eficiente na entidade é: (**Colocar as opções de escolha para esta questão**: quadro de avisos, jornal interno, tela do computador, e-mail, livro de ocorrência)
Espírito de Equipe	8	No meu setor existe cooperação para o alcance das metas e resultados esperados pela instituição.
	9	No meu setor as pessoas se relacionam de forma educada, respeitosa e existe entre a equipe uma relação de confiança.
Higiene e Segurança	10	A organização e limpeza das áreas são adequadas.
	11	No meu local de trabalho existem recursos materiais e equipamentos necessários para realização do trabalho de forma produtiva, com conforto e bem-estar físico (temperatura ambiente, nível de ruído, lay-out, mobiliário etc.).
Reconhecimento	12	Sinto que meu trabalho é reconhecido.
	13	Participo da minha avaliação de desempenho, recebendo como feedback meus pontos fortes e meus pontos de melhoria, para que eu possa crescer profissionalmente.
Liderança	14	A Coordenação do meu setor me motiva e incentiva meu crescimento profissional.
	15	A Coordenação do meu setor divulga e discuti com a equipe o planejamento de trabalho e os objetivos traçados para a área.
	16	A Coordenação do meu setor está sempre acessível à equipe e aberta a nos ouvir. Aceita bem sugestões para melhoria do trabalho e desenvolvimento setorial.

	17	A Coordenação do meu setor me dá autonomia necessária para realização das tarefas.
	18	A Coordenação do meu setor possui as competências necessárias para conduzir, desenvolver e gerenciar a equipe, usando medidas e regras claras.
Treinamento e Desenvolvimento	**19**	Durante meu período de experiência (45 e 90 dias) recebi treinamentos e orientações que foram fundamentais para as atividades que exerço.
	20	Mensalmente no meu setor existe uma programação de treinamentos
	21	Os conteúdos dos treinamentos realizados são relevantes para o bom desempenho das atividades e crescimento profissional.
	22	Fui capacitado em todos os POP's e PRS's referentes ao meu setor.
Benefícios	**23**	Os benefícios oferecidos pela Instituição atendem as minhas necessidades.
	24	Os benefícios oferecidos estão dentro das possibilidades da instituição.
	25	As informações sobre os benefícios oferecidos são comunicadas de forma clara.
Relação com o Trabalho	**26**	As atividades que devo desempenhar em meu setor, estão bem definidas.
	27	O trabalho em meu setor é distribuído adequadamente entre os demais colaboradores evitando sobrecarga.
Motivação	**28**	Sou incentivado a realizar meu trabalho com entusiasmo.
	29	Me sinto motivado em realizar as minhas atividades no meu setor.
	30	Gosto do trabalho que realizo.
Sistema de Gestão da Qualidade	**31**	Acho importante o Sistema de Gestão da Qualidade da empresa e reconhecimento certificações/ prêmios recebidos.
	32	Tenho acesso a todas as ferramentas da qualidade, POP's e documentos com informações pertinentes ao funcionamento do meu setor e de orientação das minhas atividades.
	33	Todos os POP's e PRS's do meu setor estão de acordo com o trabalho desenvolvido.

SUGESTÂO: Aqui é um espaço só seu! Deixe aqui suas sugestões de melhorias ou algum comentário que acredita ser importante (Campo livre para escrita)

- **Convites**

Figura I



- **Convite E-MAIL para o Geral com período**

Participe de nossa Pesquisa!
Defina o clima na ENTIDADE.
A ENTIDADE preparou, no período de xx a xx de abril de 201x, uma pesquisa de clima organizacional e conta com a sua participação.
Em breve, você receberá um e-mail com o acesso ao site onde responderão a pesquisa, trata-se de um acesso exclusivo e sua resposta é confidencial. Caso você não tenha acesso a um e-mail, não se preocupe, o RH irá disponibilizar um computador para você acessar a pesquisa e responder.
Sua opinião faz toda diferença!
O clima na ENTIDADE é você quem faz!

- **Convite CARTAZ para os colaboradores.**

Entre no clima você também!
Convidamos você para contribuir com a construção da história da UPA/do Hospital/da ENTIDADE, dando a sua opinião sobre seu dia a dia na instituição.
Para isto você tem uma importante tarefa nas próximas semanas, **de xx a xx de julho de 201x**: responder a pesquisa de clima organizacional.
O objetivo do questionário é avaliar a opinião dos colaboradores em relação ao ambiente de trabalho e a maneira como as pessoas interagem umas com as outras.

Para participar:
Em breve, você receberá um e-mail com o acesso ao site onde responderão a pesquisa, trata-se de um acesso exclusivo e sua resposta é confidencial.

Caso você não tenha acesso a um e-mail, não se preocupe, o RH irá disponibilizar um computador para você acessar a pesquisa e responder.

Sua participação é importante!

Se você tiver dúvidas, entre em contato com a equipe de Recursos Humanos de sua unidade!

O clima na ENTIDADE é você quem faz!

- **Convite para os Gestores**

Senhores Coordenadores,

Em Abril, convidaremos suas equipes para participarem da nova edição da Pesquisa de Clima Organizacional e contamos com sua colaboração para incentivá-los a responderem as questões que trarão informações importantes para a UPA/ o Hospital/ entidade, inclusive para os processos de sua área.

Em breve, você receberá um e-mail com o acesso ao site onde responderão a pesquisa, trata-se de um acesso exclusivo e sua resposta é confidencial.

Para os colaboradores que não tem e-mail, precisamos de sua ajuda, disponibilizando um computador em local de fácil acesso onde estes poderão responder a pesquisa.

Sua participação é muito importante neste processo.

Temos como meta alcançar o índice de 30% de respostas por unidade, motive sua equipe a responder!

Em caso de dúvidas, favor entrar em contato conosco aqui na Sede.

- **Texto que vai junto com o Link de acesso ao Questionário**

Senhores Colaboradores,

Convidamos você para contribuir com a construção da história da UPA/do Hospital/da entidade, dando a sua opinião sobre seu dia a dia na instituição.

Para isto você tem uma importante tarefa, responder a este questionário. Basta acessar o link abaixo e ele abrirá nosso formulário on line. Não precisa ficar preocupado, pois trata-se de um acesso exclusivo e sua resposta é confidencial.

Sua participação é importante!

Se você tiver dúvidas, entre em contato com a equipe de Recursos Humanos de sua unidade!

O clima na ENTIDADE é você quem faz!

- **Realização da Pesquisa de clima:**

Após realização do cronograma de organização para realização da pesquisa de clima, o RH local deverá fazer reunião com as lideranças afim de informar as ações que se sucederão do projeto e conscientizar sobre a importância do apoio e incentivo doa líderes aos colaboradores para boa adesão no uso da ferramenta. Lembrando que a meta atribuída ao mínimo de participação é de 30%.

Em seguida, após ampla divulgação realizada nos períodos já mencionados em tópico anterior, o RH ao realizar a pesquisa de clima deverá ir comunicando as lideranças o percentual atingido na pesquisa por meio de chamadas telefônicas ou em grupos de telecomunicação móvel afim de fomentar maior adesão e movimentação por parte das lideranças com os liderados.

As pontuações obtidas se dividem de acordo com a seguinte escala:

ESCALA DE PONTUAÇÃO DA PESQUISA DE CLIMA	
	de 90 a 100 é considerada como uma pontuação excelente só requerendo reforço.
	de 70 a 89 é considerada como uma pontuação boa, apesar de não agregar muitos valor. Nesse faixa há uma maior dispersão das respostas (maior desvio padrão) - ABERTURA DE PROCESSOS PREVENTIVOS
	de 0 a 69 é considerada como uma pontuação que requer ações imediatas - ABERTURA DE PROCESSOS CORRETIVOS

Ao final do período programado para a ação, o RH deverá fazer o compilado e preparar documento para apresentação à Direção para verificação dos pontos a serem abordados com as liderança e colaboradores.

Após esta validação, deverá ser programado a forma de apresentação as lideranças dos resultados da pesquisa, normalmente situado por meio de uma reunião, ao qual neste mesmo momento, e proposto aos líderes a montagem do plano de ação e tratativas dos pontos abordados.

Logo em seguida é feita a apresentação dos resultados aos colaboradores, seja por meio de reunião, seja por meio de divulgação dos resultados pelos canais de comunicação da instituição: quadro de aviso, grupo de telecomunicação móvel, quadro setoriais, mesas do refeitório.

Ao final do período programado das ações é feito um balanço do que foi possível finalizar e os planos de ação que deverão serem mantidos.

1. INDICADORES DE EFETIVIDADE:

- INDICADOR DE RESULTADO DO PROJETO: Índice de respostas
  - ✓ LINHA DE BASE: Nº de questionários respondidos / Nº de colaboradores ativos no período
  - ✓ META: 30%

- Satisfação do clima Interno Global – RH – Anual:
  - ✓ LINHA DE BASE: Classificação conforme pontuação obtida nos resultados.
  - ✓ META: 90%

2. EXCEÇÕES:

Serão encaminhadas ao RH para análise e aprovação junto a Diretoria Administrativa da Entidade.

3. CONTIGÊNCIA:

O ideal é que seja feito por uma empresa terceirizada ou pelos menos um revezamento onde um ano seja feita de modo interno e no outro por um terceiro especializado neste processo.

O pedido deverá ser feito à Direção que analisará conforme orçamento financeiro da entidade para delinear qual forma de aplicação será adotada.

O ano em que não puder ser realizado a PCO, por alguma questão financeira ou organizacional, verificar com a Alta Direção um retorno aos colaboradores e realizar no ano seguinte em tempo hábil e planejado.

4. VIGÊNCIA:

Esse procedimento passa a vigorar a partir da data de sua publicação ou da data de sua última revisão. O mesmo deve ser revisado anualmente ou caso haja alguma alteração no processo.

V. Siglas e Definições

Pesquisa de Clima Organizacional (PCO): a pesquisa de clima visa em um primeiro momento, proporcionar a análise da organização com o seu ambiente, bem como o conjunto de condições que caracterizam o estado de satisfação e/ou insatisfação dos colaboradores na intituição e das demais pessoas que com eles interagem.

VI.Anexos

N.A

VII. Referências

Política de Gestão de Pessoas do HMTJ.

I. Objetivo

Atualizar o conhecimento do indivíduo ou equipe acerca de um tema. Suprir as habilidades requeridas, os conhecimentos específicos para o desempenho eficaz das tarefas do cargo, motivando a sensibilidade nas relações interpessoais, na condução das equipes e otimizando os processos e resultados organizacionais, bem como, promover qualificação continuada dos colaboradores por meio da implantação de Programas de Educação Permanente da equipe de saúde em acordo com os princípios da integralidade e humanização (Portaria nº 1.600, de 07 de novembro de 2011).

II. Materiais

Computador, Sistema RM Vitae, SIGQUALI, Fluig e GCPEC, Espaço Físico, Recursos Tecnológicos (Data Show, Computador, Pen Drive), Formulários padronizados.

III. Abrangência

A política é aplicável a toda Entidade.

IV. Descrição dos passos da atividade

TREINAMENTO E DESENVOLVIMENTO DE PESSOAL

1. DEFINIÇÃO:

A política de treinamento tem por objetivo desenvolver e aprimorar as competências e os conhecimentos necessários para que os colaboradores possam aprimorar seus hábitos, atitudes e processo internos, que resultará na qualidade de seu trabalho. A política de desenvolvimento de pessoas tem por objetivo incentivar o aprimoramento educacional dos profissionais, por meio de subsídios total ou parcial de bolsas de estudo em cursos.

2. MODALIDADES:

Os treinamentos são oferecidos para equipes e/ou individualmente. Podem ocorrer treinamentos internos, externos ou online.

Os aprimoramentos educacionais são realizados em Instituições de Ensinos reconhecidas pelo MEC, através de convênios e/ou parcerias.

Estas modalidades aplicam-se a todos os colaboradores da entidade, sendo eles celetistas ou prestadores de serviço ao qual atuas na gestão setorial.

3. CLASSIFICAÇÃO

Podem ser classificada quanto à sua natureza, forma de realização/execução e público-alvo.

Quanto à sua natureza

- Técnico: ações de capacitação que estejam diretamente relacionadas às atividades profissionais, ao negócio e/ou à estratégia da instituição.
- Comportamental: ações voltadas para o aprimoramento de competências comportamentais que são relevantes para o desempenho profissional.

Quanto à forma de realização/execução

- Presencial: são treinamentos realizados com a presença de um instrutor ou facilitador, podendo ser realizados tanto nas dependências da organização (interno) quanto externamente.
- EAD – Ensino à Distância: são treinamentos realizados *on line*, via *chats*, conferências, vídeos e outros.
- *On-the-job*: são treinamentos realizados durante as atividades laborativas no seu ambiente de trabalho, sob orientação de profissional que possua domínio sobre o conteúdo abordado, nosso Multiplicador.

Quanto ao público-alvo:

- Individual: inscrição em atividade com o objetivo educacional de atender à demanda individual de capacitação.
- Equipe: inscrição em atividade com objetivo educacional de atender à demanda de um grupo específico da organização.
- Corporativo: inscrição em atividade com o objetivo educacional de atender à demanda de diversas áreas da organização ou de toda a organização.

4. AUTORIZAÇÃO

Cada solicitação será analisada individualmente pelos coordenadores e pela direção da instituição. Será requisito para aprovação:

Treinamentos/Capacitações Internas ou Externas/In company:

- Confirmação de que existe de fato a necessidade do treinamento;
- Comprovação de que o treinamento agregará habilidades e conhecimentos à pessoa ou equipe e à instituição;
- Avaliação de desempenho do solicitante ou equipe (assiduidade, disciplina, responsabilidade);
- Disponibilidade de verba para investimento.

5. SOLICITAÇÕES

Para os treinamentos/capacitações das equipes, o coordenador da área deverá preencher o formulário LNTD – “Levantamento de Necessidade de Treinamento e Desenvolvimento”, conforme ***PRS HMTJ 045_Anexo 2_LNTD,*** e encaminhar ao setor de Recursos Humanos via Sigquali para controle. Em caso de solicitarem treinamento a setores terceiros, estes deverão ser acordados anteriormente, de forma detalhada e antecipada a data de interesse para aplicação do treinamento, o motivo de estar solicitando essa capacitação, a quantidade de participantes previsto e o objetivo que pretende atingir com esta aplicação. Após este consenso e publicação da LNTD no Sigquali, a coordenação deverá solicitar por e-mail ao setor terceiro, com pelo menos 30 dias prévio a preparação do treinamento conforme acordado.

6. PRAZOS

Treinamentos/ Capacitações Internas:

Os coordenadores deverão encaminhar ao Setor de Recursos Humanos, o LNTD levantado a partir das necessidades existentes, podendo ser elaborado de forma anual ou semestral de acordo com a necessidade de cada setor. O processo representa uma oportunidade para que seja construído com base nas reais necessidades das equipes de trabalho, objetivando o crescimento dos profissionais e da nossa instituição.

A emissão deste novo documento no Sigquali deverá cumprir o prazo, preferencialmente, de um mês de antecedência do início da vigência do próximo LNTD e no caso da impossibilidade por motivo plausivel, apresentar via fluig a justificativa da não realização do novo LNTD em tempo.

Treinamentos Externos/ In company:

Os colaboradores e coordenadores deverão encaminhar ao Setor Recursos Humanos no mínimo de 30 (trinta) dias antes do início, para análise a aprovação junto à diretoria o formulário **PRS HMTJ 045_Anexo 16_Análise Avaliativa de Congresso, Seminário ou Simpósio.**

7. INVESTIMENTO

Treinamentos Externos/In company:

- A pós-graduação na faculdade SUPREMA/JF terá o valor 70% pago pela instituição, em caso de disponibilidade de verba, **PRS HMTJ 189 - Concessão e Manutenção Bolsa de Estudo**. Para cursos fora do horário de trabalho, as horas adicionais serão computadas como banco de horas.
- Nos casos de colaboradores que custeiam **sua especialização/ pós graduação na mesma área de atuação**, poderão combinar previamente com suas Coordenações, uma troca de plantão extra visando valorizar política de capacitação de profissionais e retenção de talentos na entidade. Lembrando que nestas trocas devem se atentar para o fato que nenhum colaborador fique sem o descanso de pelo menos um domingo ao mês.

8. TREINAMENTOS / CAPACITAÇÕES

Treinamentos/ Capacitações Internas

Planejamento:

Cabem aos setores, ao final de cada ano, montar um projeto especificando, os treinamentos comportamentais previstos para desenvolvimento profissional de seus colaboradores no ano seguinte, podendo este estudo ser realizado juntamente com o RH.

Ainda assim, é importante ressaltar que as ações planejadas que não puderem ser realizadas em virtude de variáveis como: decisões organizacionais, surgimento de novos treinamentos, entre outras, podem ser reagendadas/ programadas por meio de abertura do FLUIG de justificativas no intuito de redirecionar as ações planejadas.

Quanto aos Treinamentos Técnicos, cabe a cada coordenador de área efetuar e definir o Levantamento de Necessidades de Treinamento do seu setor. A equipe poderá ser consultada quanto à identificação destas

necessidades, que deverão ser analisadas para verificação de viabilidade.

As demandas de Treinamento e Desenvolvimento devem abranger os seguintes critérios, sempre que aplicável ao setor:

I. Rotinas de trabalho relacionadas ao setor e rotinas sistêmicas, que são aplicáveis a toda organização, quando elaboradas e revisadas

II. Comportamentais (identificar e solicitar ao RH para que ministre, caso necessário)

- **Demandas identificadas nas Avaliações Individuais de Desempenho**
- **Treinamentos obrigatórios por Lei**
- **Melhoria de processos referentes os indicadores de resultado, relatos de não conformidade, pesquisa de satisfação do cliente interno e pesquisa de clima.**

O LNTD, **PRS HMTJ 045_Anexo 2_LNTD**, deverá contemplar os seguintes dados:

Anexo I – Questionário

1. No intuito de facilitar o desenvolvimento do plano de capacitação e desenvolvimento de sua equipe e também ajudarmos na orientação da criação de sua LNTD, deverá ser preenchido um questionário que direcionará o que deve contemplar seu cronograma de Capacitação do período.
2. No questionário será contemplado itens relativos a se foi identificado algum GAP de competência nas avaliações de 45, 90 ou anuais, se houve troca de materiais ou equipamentos críticos, se existe algum conhecimento que seja proveitoso ao setor, se o setor realiza a utilização de materiais ou euipamentos críticos, alem de outros pontos relativos as RNC's, LEG ou matriz de risco, ou mesmo de competências técnicas ou treinamentos não realizados.

Anexo II - LNTD

1. Método de Identificação da Necessidade do Treinamento – preencher com a situação que ocasionou a necessidade de treinamento: Aquisição de novo material ou equipamento; Capacitação de material e equipamento crítico; Capacitação de novo colaborador; Comportamento de colaborador (es); Demanda Legal (Legislação); Desenvolvimento de gaps de Competência; Desenvolvimento Técnico; Evento Adverso; Indicador; Matriz de Risco; Não Conformidades recebidas; Reunião Setorial; Treinamento da última LNTD;
2. Data final para Realização do treinamento: Período de acordo com a previsão definida quando programado o treinamento;
3. Tipo de Treinamento – Conhecimentos (Assuntos técnicos não relacionados ao setor e sim a formação), Habilidades (Assuntos técnicos relacionados ao setor e função) ou Atitudes (Assuntos de desenvolvimento comportamental);
4. Tema do Treinamento - Descrever o título do treinamento de maneira sucinta, a ideia central do que será treinado;

5. Objetivo – resultado esperado com o treinamento realizado. O preenchimento deste campo deverá sempre começar com um verbo no infinitivo devido ser uma ação a ser realizada, como exemplo: Fazer/ Realizar/ Capacitar.
6. Instrutor - Setor ou funcionário responsável por ministrar o treinamento;
7. Total de Participantes Previstos - número total de funcionários do setor, quando para mais setores somar o número de funcionários.
8. Setores a serem treinados - Identificar quais serão os setores participantes;
9. Data Final para Realização da Avaliação do Treinamento - Após a avaliação o palestrante terá 30 dias para a avaliação de eficácia do treinamento e os cinco dias restantes para preenchimento do formulário e a entrega no setor de RH;
10. Status do treinamento - Preenchimento do campo exclusivo do RH. Será preenchido com uma das seguintes opções: Realizado; Realizado além do programado; Realizado abaixo do programado; Pendente; Pendente e justificado;
11. Reprogramação - Preenchimento do campo exclusivo do RH. Informar quando cabível a data que o coordenador informou da nova aplicação do treinamento/avaliação;
12. Observação - Preenchimento do campo exclusivo do RH. Será informado quando tiver uma informação atípica.

NOTA[1]: Em caso de preenchimento do modelo Sistêmica, a planilha LNTD (anexo 2), terá mais um campo a ser preenchido, “9. Público-alvo” que deverá ser prenchido além do setor, as funções especificas dos setores que receberam treinamentos.

Para a elaboração da LNTD deve-se atentar as seguintes orientações:

1) É obrigatória a elaboração para setores que tenham 5 ou mais colaboradores.

Observação: Aos setores com o número inferior a 5 colaboradores será necessário a aplicação de treinamentos de peridiocidade quadrimestral, ou seja, contendo os tipos de treinamento – conhecimento/ habilidade/ atitude ao longo do ano. Tornando obrigatório também uma planilha de LNTD para a capacitação e desenvolvimento de seu corpo técnico funcional, mesmo que abaixo deste quantitativo.

2) Caso seja elaborada semestralmente ou anualmente, deve ser conter, ao menos, um treinamento de cada tipo (conhecimento, habilidade e atitude), sendo o mínimo de três treinamentos por semestre e seis anuais;

3) Só poderá ser publicada a próxima LNTD os setores que se encontram sem pendências anteriores de treinamento programados, caso o setor encontre-se em débito, deve buscar a resolução antes da nova publicação.

Observação: Esta resolução se faz necessária para que o RH possa conferir na nova LNTD se acrescido os treinamentos faltosos ou justificados, ou ainda para que não haja cobrança de capacitações que não tenham necessidade de estarem presentes na nova programação dos setores.

Os dados acima deverão ser preenchidos na Planilha LNTD - Levantamento de Necessidades de Treinamento e Desenvolvimento. O LNTD deverá ser elaborado e encaminhado para o setor Recursos Humanos para análise e aprovação.

Todo treinamento realizado, estando ou não programado na LNTD, deve ser registrado para que possa ser computado nos lançamentos do mês e entregue ao RH com suas devidas evidências, as demandas que forem identificadas após a elaboração nos períodos acima definidos poderão ser acrescentados como treinamentos adicionais, com o mesmo registro, sempre encaminhado para o setor Recursos Humanos para análise e lançamento.

Periodicidade:

- A periodicidade dos treinamentos será definida pelos gestores de acordo com a rotina de cada setor, com a exigência de capacitar 100% dos colaboradores programados.

NOTA[2]: Em caso de férias do gestor responsável, o mesmo deverá antecipar a programação do treinamento e realizar a avaliação de eficácia assim que retornar do gozo desses dias. Nos casos de afastamento não programados, o responsável interino deverá realizar o treinamento conforme programado.

Após a elaboração do planejamento é necessário organizar os recursos necessários dos treinamentos:

- Produção de slides e/ou material didático para servir de apoio,
- Reserva de salas/auditórios com recursos audiovisuais necessários

Controle:

A execução dos treinamentos deverá ser realizada de acordo com o Levantamento de Necessidades e Treinamento e deverão ser registrados na "Lista de Presença para Treinamentos", conforme ***PRS HMTJ 045_Anexo 3_Registro de Treinamento (Lista presença treinamento/ capacitação).***

As coordenações deverão entregar ao Setor de Recursos Humanos (que tem a responsabilidade de gerir o controle de todos os treinamentos realizados em sua Unidade), até o quinto dia do mês seguinte a realização dos treinamentos, todos os documentos referentes a cada Treinamento realizado tais como:

- Registro de treinamento ***PRS HMTJ 045_Anexo 3_Registro de Treinamento****;*
- Anexo com o conteúdo abordado (caso necessário);
- Avaliação de reação ***PRS HMTJ 045_Anexo 4_Pesquisa de Avaliação de Treinamento (Avaliação de Reação)*****;**

Avaliações:

A avaliação de reação, aplicada após a realização do treinamento, servirá para avaliar os aspectos relacionados a elaboração, conteúdo e aplicação do mesmo. Ela atuará como feedback e servirá para ajustes, se necessários, e melhor programação de futuras ações de treinamento que tragam retorno positivo para o profissional e, consequentemente, para a organização. Já a avaliação de eficácia tem como objetivo avaliar o nível de

conhecimento adquirido após o treinamento, por isso a mesma é aplicada 30 dias após a realização deste para verificar o conteúdo absorvido pelos colaboradores e não somente as informações retidas imediatamente após o treinamento.

Pesquisa de Avaliação do Treinamento - Avaliação de Reação:

O objetivo desta avaliação, **PRS HMTJ 045_Anexo 4_Pesquisa de Avaliação de Treinamento (Avaliação de Reação)**, é verificar o nível de satisfação do treinando, no que se refere ao instrutor (conhecimento técnico, didática, cumprimento do conteúdo programático, pontualidade e forma de interação com o treinando) à infraestrutura (espaço físico e equipamentos), aplicabilidade do conteúdo em suas atividades profissionais, a carga horária, dentre outros.

Esta avaliação deve ser respondida pelo treinando ao término do treinamento, objetivando captar sua percepção imediata.

NOTA: Somente é obrigatória a aplicação desta avaliação nos treinamentos que alcancem número igual ou superior a 05 participantes, independente de estar planejado no LNTD ou não.

Avaliação de Eficácia Treinamento:

A finalidade desta avaliação é verificar se o treinamento atingiu os objetivos contribuindo, de fato, para melhorias comportamentais e técnicas. É a correlação entre os resultados e os objetivos esperados pelo treinamento.

Dentro do prazo mínimo de 30 (trinta) dias, a contar do término do treinamento, a coordenação deverá aplicar a Avaliação da Eficácia, conforme PRS HMTJ 045_Anexo 6_Análise Avaliativa do Treinamento (Observação em serviço), PRS HMTJ 045_Anexo 5_Avaliação de Eficácia (Prova) e PRS HMTJ 045_Anexo 5.1_Prova Avaliativa do Treinamento e PRS HMTJ 045_Anexo 7_Análise de capacitação (no caso de colaboradores abaixo de 80%).

NOTA[3]: A avaliação de eficácia escolhida pelo setor deverá atender também ao critério de 80% de acerto nas avaliações por colaborador. O colaborador que não alcançar a média, deverá obrigatoriamente ser retreinado no mês subsequente.

A aplicação é de responsabilidade do instrutor do treinamento e/ ou da liderança imediata do colaborador, devendo esta ser entregue ao RH após o vencimento de no mínimo 30 e de máximo 60 dias, para que possa ser efetuada a mensuração dos indicadores para acompanhamento do desempenho. As avaliações aplicadas pela entidade são Observação em Serviço ou Prova Escrita, onde cabe ao coordenador, ao final de no mínimo 30 dias e de máximo 60 dias após a realização do treinamento, observar e avaliar o treinando em sua atividade relacionada ao tema treinado e verificar se houve mudanças técnicas e/ou comportamentais. Poderá ser realizada das seguintes formas:

- ***Prova Escrita*** - A prova escrita deve ser elaborada com questões relacionadas ao tema do treinamento. O percentual de acerto e a capacitação de cada treinando avaliado deverão ser registrados no ***PRS HMTJ 045_Anexo 5_Avaliação eficácia (prova).***

- ***Observação em Serviço –*** A observação em serviço deverá ser realizada através da verificação do treinando executando atividade relacionada ao tema treinado, quando for aplicável. O relatório do aproveitamento do

treinamento deverá ser registrado no ***PRS HMTJ 045_Anexo 6_Análise Avaliativa do Treinamento (Observação em serviço)***

- A observação em serviço ***dos setores sistêmicos*** deverá seguir a mesma premissa já descrita. Lembrando de levar em consideração o objetivo do treinamento. O relatório do aproveitamento do treinamento deverá ser registrado nos documentos ***PRS HMTJ 045_Anexo 5_Avaliação eficácia – Prova teórica*** ou ***PRS HMTJ 045_Anexo 6_Análise Avaliativa do Treinamento (Observação em serviço).***

Neste momento, alguns questionamentos devem ser feitos:

- O que os participantes aprenderam?
- Eles colocaram em prática no trabalho o conhecimento adquirido?
- Houve mudança de atitude ou aumento/desenvolvimento do conhecimento técnico?
- Aumentou a produtividade?
- Gerou impactos favoráveis para o profissional, equipe e organização?

NOTA[4]: Para o preenchimento dos tópicos descritos na avaliação de eficácia, cabe ao instrutor do treinamento e/ou a liderança imediata do colaborador levar em conta todos os participantes presentes (quando da elaboração de uma avaliação englobando todos os partipantes do setor) no momento da avaliação, sinalizando com a nota adequada para o grupo.

NOTA[5]: Para os colaboradores que não atingirem o percentual de 80% de capacitação deverá ser feita uma análise de capacitação do mesmo por meio do documento ***PRS HMTJ 045_Anexo 7_Análise de capacitação*** e ser traçado um plano de ação visando atender ao seu desenvolvimento no treinamento ou mesmo alguma resolução que compreenda a justificativa de falta de capacitação.

Formulário de Justificativa de Ausência:

Este formulário deve ser preenchido pelo sistema FLUIG, para que o RH anexe junto com a lista de presença, nas seguintes situações:

1. Quando um ou mais funcionários do setor não participarem do treinamento.
2. Quando um treinamento programado não puder ser realizado.
3. Quando tiverem participantes além do programado na LNTD.
4. Quando não for entregue dentro do prazo a avaliação de eficácia e/ou a LNTD.

NOTA[6]: Diante da não realização de treinamentos da LNTD ou casos de colaboradores que não realizaram a capacitação no mês programado (repescagem), seja por qualquer motivo, o gestor deverá reprograma-ló e realiza-ló no período máximo de 3 meses (90 dias). Lembrando que este período deverá estar relacionado na justificativa do Fluig, salvo em casos omissos a serem analisados pelo RH, somente para os casos de afastamentos superiores a este periodo mencionado, poderá ser reprogramado para a próxima LNTD.

O formulário **PRS HMTJ 045_Anexo 8.1_Termo Justificativa de ausência no treinamento** deverá ser utilizado em casos ao qual o colaborador se recusar a realizar o treinamento.

Treinamento de Integração/Ambientação:

O RH junto com o Comitê de Recepção, PRS HMTJ 045_Anexo 9_Regimento Interno do Comitê de Recepção, formado pelos setores: RH, Qualidade, SCIH, SESMT, CSTI, Departamento de Pessoal, SND, Ouvidoria, Segurança do Paciente, Gestão de Segurança, Gestão Ambiental e Farmácia deverão realizar o treinamento inicial com todos os novos colaboradores. O comitê de recepção acontece na data de admissão do colaborador, antes deste iniciar suas atividades.

Cabe ressaltar que por ser política de instituição, é de responsabilidade do gestor acompanhar a participação do seu respectivo colaborador ao treinamento.

Casos especiais deverão ser analisados pelo RH e adequados conforme necessidades, podendo ser realizado até somente com um colaborador.

Programação do Treinamento de Integração / Ambientação (todos os cargos)

Comitê de Recepção (Data de admissão do colaborador)

Módulos:

- SESMT - Medicina do Trabalho e Segurança no Trabalho
- SCIH – Serviço de Controle de Infecção Hospitalar
- NSP – Segurança do Paciente
- Políticas de RH
- Gestão Ambiental
- SND – Serviço de Nutrição e Dietética
- Políticas de DP
- Qualidade
- Gestão de Segurança
- Farmácia
- CSTI
- Ouvidoria
- Manutenção
- Apresentação da entidade
- Apresentação do novo colaborador ao setor de trabalho.
- Integração a equipe de trabalho e treinamento setorial desenvolvidos pelo gestor imediato **(PRS HMTJ 045_Anexo 1_TBI -Treinamento Basico Introdutorio).**

*Prazo máximo para cada palestrante: 15 a 30 minutos.

NOTA[7]: Para os Cargos Gerenciais/ Coordenações, estes deverão participar além do Programa de Treinamento de Integração/ Ambientação, do Programa de Treinamento de Gestão, sendo de responsabilidade do gestor as marcações da capacitação quando necessário a serem ministradas com outros setores.

NOTA[8] O TBI deverá contemplar treinamentos referentes a conhecimentos e habilidade dispostos no PEC (Ex: Integração, POP e PRS). Essas capacitações deverão ocorrer durante o período de experiência e ser entregue juntamente da 2ª avaliação de experiência (90 dias). Ao término dos 45 primeiros dias, será aplicada, pelo RH, uma prova institucional. ***PRS HMTJ 045_Anexo 11.2_Avaliação Institucional de Período de Experiência 45 dias e o formulário de PRS HMTJ 045_Anexo 10.1_Entrevista para avaliação do Período de Experiência 1ª Etapa – 45 dias.***

NOTA[9]: Quando não for possível os treinamentos de integração em uma só etapa, dividir a mesma em duas etapas sendo que a primeira deve ser realizada, impreterivelmente, no primeiro dia de trabalho do colaborador prioritariamente com os setores: RH, DP, SCIH, SESMT e os demais sendo realizados em uma segunda etapa, preferencialmente, nos primeiros 30 dias ou dentro do contrato de experiência.

Processo:

- Na Regional MG agendar na secretaria de SUPREMA (JF), a sala/ auditório para realizar a recepção dos novos colaboradores.
- Programar as palestras e passar por e-mail e/ou aplicativo de mensagens para membros do Comitê de recepção.

Capacitação para utilização de medicamentos, materiais e equipamentos considerados perigosos ou críticos.

Estipula que todo colaborador ao ingressar na instituição em função que seja necessária a utilização e/ou manipulação de medicamentos, materiais e equipamentos considerados perigosos ou críticos, deverá constar em seu TBI a capacitação inerente a esses itens.

Fica sob responsabilidade dos setores que fornecem e os que fazem uso desses, a definição de quais medicamentos, materiais ou equipamentos serão considerados críticos e portanto eletivos para essa capacitação.

Essas capacitações deverão acontecer não somente no ingresso do colaborador na instituição, mas também sempre que houver a entrada de novos itens que sejam elencados como perigosos ou críticos.

Para melhor alinhamento dessas capacitações, definiu-se com Críticos os materiais, medicamentos e equipamentos que possuem potencial risco para o cliente interno e/ou para o cliente externo, seja pela exposição ou pela falta desse item na instituição. (Ex: Bomba infusora; EPI).

Caberá ao SESMT o acompanhamento e fiscalização dos colaboradores diante do uso desses materiais, tanto nos já existentes na instituição quanto em novas aquisições.

A citação desses itens, contendo seus riscos e a forma de controle e conduta, está descrita em procedimentos sistêmicos dos setores envolvidos, bem como os treinamentos estão descritos em seus respectivos TBI's. A atualização desses itens nos documentos citados, deverá ser informada ao RH por meio de comprovação da

capacitação realizada ou da justificativa de ausência do treinamento.

Ações:

- Reunião com os setores de Farmácia, Suprimentos, Almoxarifado, CME, Radiologia, unidades de Internação e Engenharia Clínica; Registrar em Ata a apresentação do documento em que está registrado a lista onde consta quais são os materiais, medicamentos e equipamentos considerados perigosos ou críticos, a forma de controle do cumprimento das diretrizes estipuladas para uso;

- Definição do gestor sobre o levantamento de necessidade de recapacitação dos colaboradores sobre os materiais, medicamentos e equipamentos considerados perigosos ou críticos existentes na instituição, através de notificação dos setores envolvidos, RNC e/ ou expertise da liderança;

- Acrescimo do tópico de materiais e equipamentos críticos em utilização no treinamento básico introdutório (TBI) para os setores que tenham e/ou utilizam a fim de realizar capacitação já no período introdutório dos novos colaboradores;

- Acompanhamento dos treinamentos relativos a materiais e equipamentos críticos por meio da definição dos mesmo nos levantamentos de necessidades de treinamento e desenvolvimento (LNTD).

9. GESTÃO DE TALENTO PESSOAL

1. RETENÇÃO DE TALENTOS

A retenção de talentos deve ser planejada com uma perspectiva interada dos processos de gestão de pessoas. Sem essa integração, corre-se o risco de criar políticas e iniciativas que não fazem sentido para os funcionários.

O primeiro requisito para que a estratégia de retenção de talentos seja bem-sucedida é a adequada identificação dos talentos na organização. A Entidade adota as seguintes ferramentas como forma de identificar seus talentos:

- Avaliação de desempenho por competências
- Recrutamento Interno, conforme **PRS HMTJ 047 - Recrutamento, seleção, admissão e demissão de pessoal**, processo em que a empresa proporciona a seus colaboradores a oportunidade de movimentação entre áreas, processos e, consequentemente, de crescimento profissional
- PDL - Programas de Desenvolvimento de lideranças, conforme **PRS HMTJ 052_PDL Programa de Desenvolvimento de Liderancas**
- Convênios/Parcerias com: Universidades, Drogarias, Cursos de Idiomas, Academias de Ginástica, dentre outros
- Eventos Institucionais como: Campanha de Vacinação da Gripe e Febre Amarela para seus Colaboradores, Dias das Mães e dos Pais, Dia Internacional da Mulher, Semana da SIPAT, Natal, dentre outros;

- Programa de Trainee.

2. CULTURA DE APRENDIZAGEM:

A cultura de aprendizagem é percebida como a prática da disseminação constante do conhecimento entre os colaboradores da instituição, com o objetivo de pontencializar os pontos fortes e desenvolver as fragilidades identificadas na organização. Para o alcance desses objetivos é utilizado como base o aprimoramento das competências delineadas para cada função, desde formações formais como graduações e cursos de extensão como também demais metodologias estratégicas que tenham o conhecimento como ideia central. Dessa forma acredita-se que incentivando os colaboradores nessa busca incenssante pelo aprendizado, serão formadas equipes mais colaborativas, resilientes com con dições de atingir resultados excelentes.

Dentre as estratégias que possibilitem a implementação desta cultura na instituição, temos:

- Na captação de novos talentos no mercado de trabalho, além das comeptências definidas para cada PEC, inserir a verificação da capacidade que o potencial colaborador possui para compartilhar conhecimento, buscando entender sua habilidade para se comunica nos relacionamentos interpessoais, se possui atitude e interesse na troca de experiências, se sente confortável com essa condição. Trazer para insituição pessoas que estejam alinhadas a este objetivo, facilitará a fluidez desse processo.
- Incentivar que os colaboradores compartilhem conhecimento com os demais colegas de equipe, como por exemplo solicitar que um colaborador mais antigo contribua na capacitação do novo colaborador durante a aplicação de seu TBI no período de experiência. Ou ainda quando houver no setor algum colaborador que participou de alguma formação ou evento proporcionado pela instiuição, que este repasse os conhecimentos adquiridos para os demais colaboradores da equipe.
- Medidas internas de produzir conhecimento - Quando a instituição promove ações ou implementa processos que viabilizem a continuidade do aprendizado através de workshops, eventos, disponibilização de bolsa de estudos para cursos de pós graduação, execução da LNTD, Treinamentos situacionais, incentivo de Feedbacks de orientação, plação de ação na avaliação de desempenho, Biblioteca colaborativa, projeto “RH Indica” voltado a colaboradores e lideranças, dentre outros. Salienta ainda neste tópico, o uso da política de cultura justa, que visa dentre outras coisas, criar um ambiente sem culpa onde os colaboradores são capazes de relatar erros ou quase acidentes sem medo de repreensão ou punição, que falhas e incorreções sejam distinguidas de infrações intencionais, no intuito de aprendizado e capacitação das equipes diante de situações envolvendo segurança do paciente, fomentando assim o fortalecimento de barreiras diante de oportunidades de melhoria.
- Envolvimento das liderança na busca do desenvolvimento. Quando a liderança se faz de exemplo demonstrando a vontade que possui em aprender, participando e buscando novas oportunidades de aumentar seu conhecimento, aplicando os conhecimentos adquiridos na equipe sob sua gestão, e assim estimulando seus liderados a agirem da mesma forma.
- Incentivar o autodesenvolvimento dos colaboradores, para que busquem evoluir por fontes além das oferecidas na instituição, fazendo deles co-responsaveis pelo seu próprio desenvolvimento.

3. AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO NO PERÍODO DE EXPERIENCIA

A avaliação do desempenho, por meio de suas políticas e práticas, tem a capacidade de integrar todos os processos inerentes ao órgão de Pessoas e, quando instituído de forma séria, formal e eficaz é capaz de avaliar todo o programa de Gestão de Pessoas nos diversos processos que são realizados na organização. As ferramentas, os programas e os métodos que surgem para melhorar a administração organizacional, quando bem implantados e aplicados, trazem benefícios que podem ser enxergados a curto, médio e longo prazo para a organização, gerente e para os colaboradores.

É realizada no período de 90 dias do colaborador na instituição e é dividida em duas etapas:

Primeira etapa: (primeiros 45 dias)

- O Coordenador deverá: Fazer a gestão de seus colaboradores de forma a acompanhar o vencimento dos períodos de experiência, através da planilha de acompanhamento dos funcionários admitidos no período que será enviada pelo setor de RH.
- Realizar a avaliação via GCPEC (Avaliação de 45 dias). Os formulários **PRS HMTJ 045_Anexo 11.2_Avaliação Institucional de Período de Experiência 45 dias e PRS HMTJ 045_Anexo 10.1_Entrevista para avaliação do Período de Experiência 1ª Etapa – 45 dias** serão aplicados pelo Setor de RH, no dia agendado com a coordenação para o feedback juntamente com o funcionário. O gestor deve aplicar o feedback ao colaborador sobre o resultado apresentado, independente de prorrogar ou não o contrato de trabalho. O colaborador deverá atingir um percentual mínimo de 70% de acerto na prova institucional, em caso de não obtenção deste resultado, deverá ser aplicado uma nova prova ao colaborador para que o mesmo obtenha o percentual necessário, se não for obtida pela segunda vez a nota o funcionário deverá participar do Comitê de Recepção para que seja capacitado novamente e fazer uma terceira tentativa.
- Em caso de perda do prazo para realização da avaliação no sistema GCPEC, a coordenação deverá realizar uma justificativa de ausência no sistema FLUIG informando o motivo de não ter realizado dentro do prazo e fazer feedback ao colaborador para cada competência essencial do cargo.

O RH deverá:

- Enviar um e-mail até o último dia de cada mês com a Planilha de Acompanhamento do Colaborador que contém os dados referentes ao período de experiência dos colaboradores para auxiliar o acompanhamento dos gestores.

Segunda etapa: (demais 45 dias)

O Coordenador deverá:

- Fazer a gestão de seus colaboradores de forma a acompanhar o vencimento dos períodos de experiência, através da planilha de acompanhamento que será enviada pelo setor de RH.
- Realizar a avaliação via GCPEC (Avaliação de 90 dias).
- Aplicar uma prova, contendo preferencialmente 10 questões objetivas, pertinentes às atividades exercidas no cargo. Este modelo de prova deverá ser entregue ao RH, devidamente corrigido, com a nota obtida e

assinado, para registro e futuras conferências. O colaborador deverá atingir um percentual mínimo de 70% de acerto na prova, em caso de não obtenção deste resultado, deverá ser realizado um plano de ação para que o mesmo melhore seu percentual de capacitação e a ação corretiva será aplicar uma nova prova ao colaborador.

- A coordenação deverá realizar o feedback com o funcionário da avaliação realizada via GCPEC antes da data do vencimento do contrato. Juntamente com a prova setorial aplicada ao colaborador neste mesmo período e o TBI. Ao final a coordenação irá informar o colaborador a data que foi agendada com o RH para realização da entrevista ***PRS HMTJ 045 Anexo 11.1_ Entrevista para avaliação do Período de Experiência 2ª Etapa – 90 dias.***
- No caso de não prorrogação do Contrato de trabalho o gestor deverá além de fazer a avaliação enviar via Fluig a solicitação de desligamento do referido colaborador.
- Dar feedback ao Colaborador do resultado apresentado, independente de prorrogar ou não o Contrato de Trabalho. No caso de colaboradores a serem desligados, este feedback deve ser feito no momento da rescisão de contrato.

- Em caso de perda do prazo para realização da avaliação no sistema GCPEC, a coordenação deverá realizar uma justificativa de ausência no sistema FLUIG informando o motivo de não ter realizado dentro do prazo e fazer no minímo quatro feedbacks ao colaborador, um para para cada competência essencial do cargo, conforme PEC.
- O coordenador deverá acompanhar por meio da planilha de avaliação de experiência enviada pelo RH mensalmente, se o seu colaborador teve oportunidades de melhoria apresentadas no momento da entrevista. Caso tenha algum gap identificado na entrevista, o mesmo deverá sinalizar na entrega do TBI e tomar as devidas providências: informar se foi um gap trabalhado e finalizado dentro da avaliação de experiência do GCPEC e/ou realizar feedbacks como forma de plano de ação antes de finalizar o período de experiência informando como o colaborador está sendo desenvolvido.

NOTA[10]: Os processos relativos a gestão por competências estão descritos com maior riqueza de detalhes no PRS HMTJ 263 - Processos de gestão por competência GCPEC.

Objetivo da Avaliação

Fornecer os elementos objetivos e formas que possibilitem a avaliação do desempenho do colaborador no período do contrato de experiência, visando confirmar ou não a prorrogação de seu contrato de trabalho por tempo indeterminado, sob o prisma de que o concurso, por si só, não define, e nem permite, conhecer todo o potencial dos profissionais.

Como Avaliar

A avaliação será feita pela chefia imediata do colaborador. Caso a chefia imediata esteja ausente no período proposto no cronograma para realização das avaliações, caberá ao seu substituto interino a realização das avaliações, contanto que tenha acompanhado o profissional a ser avaliado desde o início de suas atividades.

Etapas do Processo

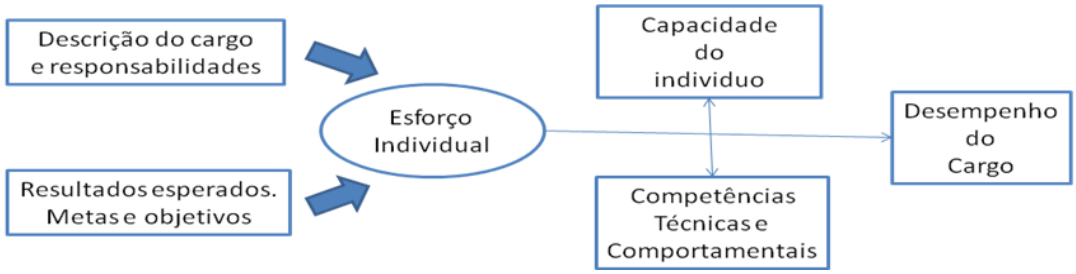
- Preenchimento do Formulário

Caberá à liderança imediata o preenchimento do formulário de avaliação, bem como as justificativas dos itens pontuados. O documento da avaliação de desempenho não necessita ser entregue ao RH da Instituição de forma impressa pois este fiacará disponível ao setor de Gestão de Pessoas via sistema GCPEC, sendo sua realização conforme prazo definido no cronograma. O colaborador deverá receber o feedback do coordenador do setor dentro do prazo estabelecido pelo cronograma.

4. AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO POR COMPETÊNCIA

É uma ferramenta utilizada pela área de Gestão de Pessoas para identificar possíveis melhoras de desempenho e competências nos colaboradores da empresa. Partimos do princípio: “O que pode ser avaliado pode ser melhorado”. Portanto, esta metodologia oferece desenvolvimento profissional e outros benefícios para a organização.

Figura I



Objetivos

- Permitir condições de medição e desenvolvimento do capital humano visando determinar a sua plena aplicação;
- Permitir o aumento dos recursos humanos como importante vantagem competitiva e cuja produtividade pode ser desenvolvida, dependendo da forma de administração;
- Fornecer oportunidade de crescimento e condições de efetiva participação de todos os membros da organização, tendo em vista, de um lado os objetivos organizacionais e de outro os objetivos individuais.

Benefícios para os Líderes

- Avaliar o desempenho e o comportamento dos colaboradores, baseados em fatores objetivos de avaliação, contando assim com um sistema de medição capaz de neutralizar a subjetividade;
- Propor providências no sentido de melhorar o padrão de desempenho de seus colaboradores;
- Estabelecer a comunicação com os membros da entidade, no sentido de fazê-los entender e compreender a avaliação de desempenho como um sistema objetivo e eficaz na medição do seu desempenho.

Benefícios para os colaboradores

- Conhecer as regras e metodologia do processo;
- Conhecer quais são as expectativas do seu gestor em relação ao seu desempenho, seus pontos fortes e fracos; segundo a avaliação do gestor;
- Fazer uma autoavaliação e autocrítica quanto ao seu autodesenvolvimento e autocontrole.

Benefícios para a entidade

- Avaliar o seu potencial a curto, médio e longo prazo e definir a contribuição e o papel de cada colaborador;
- Identificar os colaboradores que precisam de reciclagem ou aperfeiçoamento;
- Selecionar colaboradores com bons resultados e em condições de promoção ou transferência;
- Dinamizar a política de gestão de pessoas na organização e oferecer oportunidades aos colaboradores.

Como ocorre a avaliação de desempenho por competências?

- A Avaliação de Desempenho (avaliação 180º) é realizada considerando a avaliação da chefia imediata, a auto avaliação do colaborador e o consenso, todas etapas utilizando os fatores baseados em competências fundamentais para o desenvolvimento de suas funções.

Quando ocorre a avaliação de desempenho por competências?

A aplicação dos instrumentos da Avaliação de Desempenho ocorre anualmente para todos os colaboradores **com mais de 1 ano na empresa.**

Como realizo minha avaliação de desempenho por competências?

O processo de Avaliação de Desempenho é feito por meio de formulário apropriado para cada cargo disponível via **GCPEC**., conforme preconizao no Manual de Liderança e PRS HMTJ 263.

Avaliação Médicos PJs

- Cabe a direção geral e/ou médica a realização da avaliação de desempenho dos serviços médicos prestados na unidade, a se realizar por meio de formulário específico na plataforma Fluig.

O que é o Feedback (Retorno)?

“Feedback é o processo de fornecer dados a uma pessoa ou grupo ajudando-o a melhorar seu desempenho no sentido de atingir seus objetivos.”

O feedback deve ser um processo realizado em conjunto de forma interativa, pressupondo objetividade, confiança, autocrítica, senso de justiça e ética por parte tanto do avaliador quanto do avaliado.

LEMBRE-SE: “O avaliado não vai apenas tomar conhecimento do que o seu lider pensa dele, pois o feedback reveste-se de um caráter de orientação em que o gestor deve reconhecer, esclarecer, mostrar o caminho, valorizar e estabelecer metas”.

Dicas para realizar o feedback (retorno da avaliação)

O AVALIADOR deve:

- Dirigir-se diretamente à pessoa;
- Seguir o ditado: elogie em público e critique em particular;
- Iniciar sempre pelos pontos fortes, alimentando a auto-estima do avaliado;
- Estabelecer metas de manutenção dos pontos altos (positivos);
- Abordar os pontos a serem melhorados, sempre relacionados com dados reais;
- Fazer com que o avaliado compreenda o que precisa melhorar;
- Estabelecer metas de melhorias com prazos fixados para reavaliação;
- Finalizar a avaliação dando espaço para que o avaliado fale;
- Reforçar mais alguns pontos fortes, para estimular a auto-estima e terminar em clima e bem-estar;
- Em caso de crítica, tomar todos os cuidados para que seja construtiva;
- Ao final, agradecer a atenção do avaliado.

O AVALIADO deve:

- Focar atenção no avaliador e ouvir atentamente;
- Em caso de dúvidas, fazer perguntas que o ajudem a compreender o raciocínio do avaliador;
- Colocar-se no lugar do avaliador e imaginar como conduziria esta situação;
- Solicitar esclarecimentos para assegurar o entendimento;
- Fazer uma análise profunda de tudo que ouviu;
- Ao final, agradecer a contribuição do outro.

Critérios da Avaliação



Conceituando esses critérios, temos:

1) **Azul →** "Avaliado" Faz Mais do que está escrito no indicador. Isso significa que o profissional em questão Supera as Expectativas (110%). Para toda nota Azul é obrigatório o preenchimento do campo Justificativa, para que fique registrado o que o "Avaliado" fez efetivamente a mais (fatos), além do que estava descrito naquele indicador de desempenho.

2) **Verde →** O "Avaliado" cumpre integralmente (100%) o indicador, ou seja, ele está entregando de forma adequada os resultados esperados dentro das competências.

3) **Amarelo** → O "Avaliado" cumpre parcialmente o que está proposto no indicador da competência (1 – 99%). É necessário então construir em conjunto com o "Avaliado" um plano de ação para desenvolvimento e melhoria do desempenho, podendo também adicionar uma justificativa.

4) **Vermelho** → O "Avaliado" não faz o que está escrito no indicador da competência (0%). Nesse caso é imprescindível estabelecer um ou mais planos de ação para que o profissional passe a executar e cumprir o que está definido no indicador da competência.

5) **Cinza** → Essa cor é utilizada somente quando um indicador não se aplica ao cargo que está sendo avaliado. Para toda nota cinza, também é obrigatório o preenchimento do campo Justificativa para que fique registrado o porquê de tal indicador não ter sido avaliado.

NOTA[11]: Em casos em que a habilidade não se aplicar como critério de avaliação, não estando descrita na PEC do colaborador, poderá ser utilizada o a escolha do campo ".Não se aplica".

1. INDICADORES DE EFETIVIDADE:

Para o processo de Treinamento e Capacitação deverão ser mensurados indicadores para acompanhamento do desempenho. Os setores devem encaminhar mensalmente os registros de treinamento para que o setor de Recursos Humanos possa realizar os cálculos.

I. **Percentual de Liderança capacitados** – **Meta 80%** - Com os dados coletados de avaliação de eficácia de cada treinamento deve ser compilada as avaliações de todos os treinamentos realizados.

II. **Percentual de colaboradores capacitados** – **Meta 80%** - Com os dados coletados de avaliação de eficácia de cada treinamento deve ser compilada as avaliações de todos os treinamentos realizados.

III. **Avaliação de Desempenho por Competências** – Anual – Meta: 80% dos profissionais com pontuação acima de Bom e 20% como Regular (Oportunidade de melhoria)/ Ruim.

IV. **Percentual das Atividades de Gestão de Pessoas**– Mensal – Meta: 80%;

V. **Pesquisa de clima organizacional** – Anual de acordo com a programação do RH – Meta: 80%

2. EXCEÇÕES:

Serão encaminhadas ao RH para análise e aprovação junto a Diretoria Administrativa da Entidade.

3. CONTINGÊNCIA:

I. Aplicação do Treinamento – Realização de um novo treinamento contemplando em melhor performance itens (metodologia, instrutor e etc) apurados como oportunidades de melhoria ou mesmo que não tiveram boa efetividade;

II. Registro de Treinamento – Em casos de erros nos registros ou mesmo dados faltosos, refazer listagem corrigindo dados para validação do treinamento. E nos casos em que não houver como concertar, solicitar a liderança o envio da informação via e-mail ou circular sobre a organização ou falta dela;

III. LNTD – Refazer o LNTD reformulando dados faltosos ou mesmos que não puderam ser realizados;

IV. Documentos de validação dos treinamentos – Após conferência dos dados e verificação de inconsistências/ incoerências, entrar em contato com lideranças solicitando correções e justificativas por escrito. Em casos de não

realização das correções, realizar registro de não conformidade;

V. Não realização do treinamento de integração – Reprogramar em tempo hábil e em casos de não encaminhamento de participação no Comitê de Recepção, desligar colaborador;

VI. Entrevistas do RH relacionados à avaliação de experiência e aplicação da prova institucional durante a pandemia - Realização dessas etapas por meio de contato telefônico para evitar aglomeração e/ou contato externo com colaborador neste período.

4. VIGÊNCIA:

Esse procedimento passa a vigorar a partir da data de sua publicação ou da data de sua última revisão. O mesmo deve ser revisado conforme padronização definido pelo setor de qualidade da instituição.

V. Siglas e Definições

RH: Recursos Humanos

T&D: Treinamento e Desenvolvimento

Treinamento: É qualquer procedimento que vise promover e aumentar o aprendizado entre os colaboradores de uma instituição, visando – particularmente – à aquisição de habilidades para um determinado cargo. “É a aquisição sistemática de atitudes, conceitos, conhecimentos, regras ou habilidades que resulta em melhoria de desempenho no trabalho".

Desenvolvimento: É o processo de longo prazo para aperfeiçoar as capacidades e motivações dos colaboradores a fim de torná-los futuros membros valiosos da organização. O desenvolvimento inclui não apenas o treinamento, mas também a carreira e outras experiências.
É a educação que visa ampliar, desenvolver e aperfeiçoar a pessoa para seu crescimento profissional, focalizando, geralmente, os cargos a serem ocupados futuramente na organização e as novas habilidades e capacidades que serão requeridas.

Treinamento Presencial: Realizado com a presença física do instrutor e do treinando, cujo objetivo é qualificar, reciclar, atualizar e/ou aperfeiçoar o desempenho dos treinados. Pode ocorrer em salas de aula de centros de treinamento, em escolas de formação profissional, em instalações adaptadas nos locais de trabalho, reunindo colaboradores de vários órgãos.

Treinamento à Distância EAD: É o tipo de treinamento que se caracteriza pela separação física entre o instrutor e o treinando, utilizando meios de comunicação para promover a interação entre ambos e transmitir os conteúdos educativos.

Treinamento em Serviço ou ON THE JOB: Realizado no ambiente de trabalho do colaborador, destinado à

aquisição de conhecimentos práticos e/ou desenvolvimento de habilidades específicas.

Reuniões Informativas: São realizadas periódicas – ou esporadicamente – conforme a necessidade, a fim de atualizar os colaboradores (e as chefias) sobre os assuntos pertinentes às suas áreas.

Palestras: É a apresentação de um assunto específico, seguido de questionamentos e comentários por parte do público. Pode ser apresentada por colaborador da mesma instituição, de outra instituição ou de alguma instituição contratada externamente.

Seminário: Evento que reúnem especialistas: De uma ou mais áreas de conhecimento – com o objetivo de promover (ou ampliar) o debate sobre um tema específico, a partir de enfoques diferentes. Os atores de um seminário são os palestrantes, os debatedores, os coordenadores, o secretário e o público em geral.

Congresso / Conferência: Conferência é uma reunião promovida por entidades associativas, visando debater assuntos que interessam a um determinado ramo profissional. Congregam profissionais de renome, objetivando atualizar a categoria e/ou divulgar descobertas científicas. Os congressos são realizados a partir de temas relevantes e englobam cursos de curta duração, palestras, vivências, mesas redondas, etc.

Treinamento de Rotinas de Trabalho: Tem como objetivo capacitar os colaboradores para execução de procedimentos operacionais de forma padronizada e baseada na legislação, garantindo qualidade no atendimento.

Treinamento Técnico: Tem como objetivo capacitar os colaboradores em aspectos técnicos, baseados em literatura pertinente afim de que estes executem de forma adequada a suas funções.

Treinamento Corporativo: São todos aqueles treinamentos realizados para mais de um setor ou em casos em que o treinamento está sendo ministrado de um setor para outro.

Treinamento Comportamental: São todos aqueles treinamentos realizados com o objetivo de desenvolver comportamentos, habilidades e atitudes dos participantes. A avaliação de capacitação neste caso poderá ser observada ao longo do tempo. Orienta-se que para este tipo de treinamento seja observado o momento da execução das atividades durante o treinamento e também a abertura do treinando para refletir sobre tais comportamentos.

Treinamento de Integração: Visa facilitar a adaptação inicial à cultura da instituição e a ambientação social e física, onde o novo colaborador trabalhará.

CLT: Consolidação das Leis Trabalhistas

Treinando: é o profissional foco das ações de treinamento e desenvolvimento.

Instrutor: é o profissional responsável pela disseminação de conhecimento nas ações de T&D.

VI.Anexos

PRS HMTJ 045_Anexo 1_TBI_Treinamento Básico Introdutório

PRS HMTJ 045_Anexo 2_LNTD_Levantamento Necessidade Treinamento e Desenvolvimento

PRS HMTJ 045_Anexo 3_Registro de Treinamento

PRS HMTJ 045_Anexo 4_Pesquisa Avaliativa de Treinamento (Avaliação de reação)

PRS HMTJ 045_Anexo 4.1_Compilação da Pesquisa de Avaliação do Treinamento

PRS HMTJ 045_Anexo 5_Avaliação de eficácia (Prova)

PRS HMTJ 045_Anexo 5.1_Prova Avaliativa do Treinamento

PRS HMTJ 045_Anexo 6_Análise Avaliativa do Treinamento (Observação em Serviço).

PRS HMTJ 045_Anexo 7_Análise de Capacitação

PRS HMTJ 045_Anexo 8.1_Termo Justificativa ausência treinamento

PRS HMTJ 045_Anexo 9_Regimento Interno do Comitê de Recepção

PRS HMTJ 045_Anexo 10_Avaliação de desempenho no período de experiência 45 dias

PRS HMTJ 045_Anexo 10.1_Entrevista para avaliação do Período de Experiência 1ª Etapa – 45 dias

PRS HMTJ 045_Anexo 10.2_Avaliação Setorial de Período de Experiência 45 dias

PRS HMTJ 045_Anexo 11_Avaliação de desempenho no período de experiência 90 dias

PRS HMTJ 045_Anexo 11.1_Entrevista para avaliação do Período de Experiência 2ª Etapa – 90 dias

PRS HMTJ 045_Anexo 11.2_Avaliação Institucional de Período de Experiência 90 dias

PRS HMTJ 045_Anexo 12.2_Manual AD 2018

PRS HMTJ 045_Anexo 13_Fluxograma de Treinamento LNTD

PRS HMTJ 045_Anexo 13.1_Orientação de Utilização e Entrega dos Formulários de Treinamento

PRS HMTJ 045_Anexo 14_PAT_Plano Anual de Treinamento

PRS HMTJ 045_Anexo 15_Comitê de Recepção

PRS HMTJ 045_Anexo 16_Análise Avaliativa de Congresso, Seminário ou Simpósio

PRS HMTJ 045_Anexo 18_Planilha de compilação de treinamentos

PRS HMTJ 047 - Recrutamento, selecao, admissao e demissao de pessoal

PRS HMTJ 052_PDL Programa de desenvolvimento de lideranças

PRS HMTJ 189 - Concessão e Manutenção Bolsa de Estudo

VII. Referências

Política de Gestão de Pessoas do HMTJ.

I. Objetivo

Atualizar o conhecimento do indivíduo ou equipe acerca de um tema. Suprir as habilidades requeridas, os conhecimentos específicos para o desempenho eficaz das tarefas do cargo, motivando a sensibilidade nas relações interpessoais, na condução das equipes e otimizando os processos e resultados organizacionais.

II. Materiais

Computador, Sistema RM Vitae, Sistema SIGQUALI, Sistema Fluig, Espaço Físico, Recursos Tecnológicos (Data Show, Computador, Pen Drive), Formulários padronizados

III. Abrangência

A política é aplicável a toda Entidade.

IV. Descrição dos passos da atividade

É papel do líder buscar desenvolver a resiliência, entendendo ser essa uma competência necessária para encarar e se adpatar as mudanças que veham ocorrer, bem como conduzir a equipe nessas situações. É necessário que o líder proporcione um ambiente de trabalho seguro, acolhedor, aberto para discursões e oportunidades de melhoria, buscando sempre capacitar e compartilhar conhecimento com seus liderados, fomentando sempre o trabalho em equipe.

Caberá a liderança estimular sua equipe através da análise do desempenho individual do colaborador, do reconhecimento, do levantamento das oportunidades de melhoria, do feedback constante, e do alinhamento dos objetivos individuais com os objetivos da organização.

Para desempenhar tais papéis, naturalmente, as lideranças precisarão estar preparados, não somente no domínio de aspectos cognitivos técnicos inerentes à sua área de atuação mas, também ter habilidades, disposição e conhecimentos que o coloquem na posição de líder do seu grupo, em condições de agir no sentido convergente com a organização e seus objetivos estratégicos.

O resultado da atuação gerencial deverá ir ao encontro do desejo das pessoas de que seu ambiente de trabalho seja agradável e lhes propicie crescimento profissional e pessoal. Há de ser considerada a combinação dos objetivos organizacionais com os objetivos dos colaboradores

Caberá também ao corpo gerencial a tarefa contínua de alinhar a visão da organização às ações do cotidiano, o que contribuirá para o colaborador manter o sentimento de confiança na organização, ter orgulho de nela trabalhar e, assim, construir seu futuro e realizar seus sonhos.

Na organização, a simplicidade deverá ser objetivo permanente. Não há lugar para desperdício, em sentido geral e, em particular, para o desperdício causado pelas práticas burocratizantes e desnecessárias.

O tempo dedicado à burocracia e às atividades artificialmente complicadas é tempo que poderia ser dedicado à inovação, ao aprendizado, à criatividade, enfim, ao aperfeiçoamento pessoal, organizacional e dos produtos e serviços.

O autodesenvolvimento será promovido com ênfase. O desenvolvimento somente será obtido por meio do

engajamento, interesse, emoção e persistência do próprio colaborador.

O gerente atuará como elo dos colaboradores à Visão da Entidade. Fomentará o alinhamento dos colaboradores e será mais um facilitador, fomentador, criador de condições e persistente identificador de oportunidades para desenvolver pessoas e reconhecer seus méritos.

Um líder bem preparado, consciente de suas responsabilidades motiva para o resultado, apoia o crescimento da equipe, introduz novos processos e tecnologias, proporciona o crescimento da entidade e garante competitividade.

Para que isso possa ocorrer, o RH realiza anualmente o levantamento das necessidades de treinamento e desenvolvimento, com base nas competências definidas para a área (Liderança), e nos GAPS que venham ser encontrados na pesquisa de clima organizacional e na avaliação de desempenho

Implantação e Implementação do Progama de Desenvolvimento de Lideranças (PDL): será implantado na entidade, com as lideranças, ou seja, com os coordenadores do setor ou colaboradores estratégicos. O programa tem abrangência para todos demais líderes, e os profissionais das unidades participarão com a ajuda dos RH locais, sendo que depois de aprovado e aplicado na matriz..

O programa na prática: O PDL apresenta dois pilares do desenvolvimento do perfil de Liderança Centrada no Coaching/ Desenvolvimento e Autocoaching/ autodesenvolvimento: Hábitos eficazes e Liderança Situacional. Diante de cada pilar, é trabalhado o desenvolvimento de habilidades, competências e comportamentos como, por exemplo: delegar, feedback, comunicação, administração do tempo, ambiente de aprendizagem, decisões compartilhadas, construção de valores, bem como princípios.

As atividades do Programa de Desenvolvimento de Lideranças ao longo do ano são diversificadas, e a metodologia aplicada pode compreender as seguintes ações:

- RH HMTJ: realização de capacitações com temas voltados para ~~como~~ administração do tempo, relações interpessoais, trabalho em equipe, gestão do clima, como motivar sua equipe, entre outros.

- Cursos na entidade: parcerias com instituições como a Dom Cabral.

- Reunião Mensal de Líderes: encontro que tem a finalidade de estimular a integração entre o corpo de líderes.

- Coaching Interno Avaliação de desempenho da liderança no formato 180º: A instituição trabalha no desenvolvimento das competências essenciais e complementares destinadas à liderança, bem como as competências organizacionais. Nas avaliações onde forem identificados pontos de melhoria, serão criados planos de ação a fim de melhorar o desempenho do líder

- Avaliação de Performance Pesquisa de Clima Organizacional: em que os liderados avaliam seus líderes em competências como: acessibilidade, comunicação, *feedback*, relacionamento, motivação, respeito e confiança;

- As mudanças esperadas: Com a implantação do PDL – Programa de Desenvolvimento de Lideranças, se espera observar mudanças positivas no relacionamento líder-liderado, bem como, criar na entidade um ambiente muito mais aberto, inovador e de relacionamento construtivo.

- Mecanismo para medição: será a comparação da pesquisa de clima do ano de aplicação com a do ano anterior, e a melhora nos resultados das avaliações de desempenho de liderança e de colaborador.

- **RH Indica:** com livros, filmes e/ ou cursos no intuito de fomentar e criar cultura de consciência crítica entre as lideranças sobre os principais fatores que compõem um líder;
- **LNTD:** voltadas para os gaps dos líderes e/ ou oportunidades de melhoria identificadas na avaliação de desempenho;
- **TBI:** O treinamento básico introdutório dos cargos de liderança apresenta políticas e normas extremamente importantes ao desenvolvimento inicial destes profissionais.

Visando o desenvolvimento de potenciais líderes, a organização criou o **Programa de Treinamento e Desenvolvimento de Trainees em unidades de saúde que estão sob a gestão da entidade.**

O programa de treinamento e desenvolvimento para Trainee na Gestão de Unidades de Saúde da OSS HMTJ, é um projeto voltado para graduados nos mais diversos cursos, como por exemplo Administração, Ciências Contábeis, Economia, Direito, Recursos Humanos, Psicologia, Farmácia e Enfermagem, entre outros, com a finalidade de desenvolvê-los em todas as áreas de apoio à gestão que compõem uma Unidade de Saúde da Entidade.

Ao selecionar esse candidato para o programa, a instituição tem como objetivo reter os profissionais que possuam uma boa postura profissional, que reúnam competências como liderança, proatividade, foco em resultados, capacidade de se comunicar, com habilidade para desenvolver trabalho em equipe, e que se destacarem no treinamento oferecido pela Entidade, se tornando um profissional comprometido com a missão da instituição de prestar uma assistência humanizada à sociedade.

Uma vez desenvolvido com as características citadas acima, este profissional estará apto para assumir funções de liderança dentro da instituição, uma vez que estará engajado no cumprimento dos princípios da mesma.

O Programa de Treinamento e Desenvolvimento de Trainee na Gestão de Unidades de Saúde da OSSHMTJ, possui a duração de 12 meses, e durante esse período o Trainee selecionado terá seu contrato regido pela CLT e cumprirá uma carga horária de 44h semanais, sendo esta distribuída de segunda a sexta-feira.

O colaborador da instituição poderá participar do processo de seleção, desde que possua mais de 6 meses na instituição, tenha concluído o nível superior no momento do processo seletivo, que a remuneração recebida no cargo atual seja igual ou inferior à remuneração proposta para o programa, e que a sua participação não gere nenhum impacto negativo às suas atividades setoriais. O colaborador que ingressar no programa, e que ao final dele não for indicado para uma vaga de liderança, não poderá retornar para sua função de origem, salvo se o salário for o mesmo e a vaga estiver disponível.

O profissional inserido nesse programa será capacitado na Sede da OSS HMTJ nos setores de Suprimentos, Contratos, Recursos Humanos, Departamento Pessoal, SESMT, Qualidade, Controladoria, Financeiro, Auditoria Interna, Contabilidade, Custos e Comunicação. Nas unidades, nos setores de Recepção, NIR (Núcleo Interno de Regulação), Manutenção, Engenharia Clínica, Faturamento, Almoxarifado, Farmácia e Controle de Terceirizados. Em todos os setores o Trainee terá como preceptor a liderança responsável pela área, onde serão ministrados os treinamentos de acordo com o conteúdo programático pré estabelecido.

1. **INDICADORES DE EFETIVIDADE:**

   I. **Percentual de Liderança capacitados** – **Meta 80%** - Com os dados coletados de avaliação de eficácia de cada treinamento deve ser compilada as avaliações de todos os treinamentos realizados.

   II. **Percentual de colaboradores capacitados** – **Meta 80%** - Com os dados coletados de avaliação de eficácia de cada treinamento deve ser compilada as avaliações de todos os treinamentos realizados.

   III. **Avaliação de Desempenho por Competências** – Anual – Meta: 80% dos profissionais com pontuação acima de Bom e 20% como Regular (Oportunidade de melhoria)/ Ruim.

   IV. **Adesão aos Processos de RH** – Mensal – Meta: 100%;

   V. **Pesquisa de clima organizacional** – Anual – Meta: 90%

2. **EXCEÇÕES:**

Serão encaminhadas ao RH para análise e aprovação junto a Diretoria Administrativa da Entidade.

3. **CONTINGÊNCIA:**

Não se aplica.

4. **VIGÊNCIA:**

Esse procedimento passa a vigorar a partir da data de sua publicação ou da data de sua última revisão. O mesmo deve ser revisado anualmente ou caso haja alguma alteração no processo.

V. Siglas e Definições

Alta Liderança = Diretoria: Líder de processos ou da instituição: competências relacionadas a controladoria, relação com acionistas e capacidade de definir e executar estratégias.

Líder = Gerentes: Líder de líderes ou de áreas: competências necessárias para liderar.

Coordenadores, Supervisores e RT: líder de pessoas, processos e metas: competências básicas e inicia o desenvolvimento de competências estratégicas. É uma pessoa muito importante dentro das entidades, isso pela sua capacidade de gerir e orientar toda a equipe, sendo apto a resolver problemas, motivar o time e trabalhar junto com ele em prol do crescimento e desenvolvimento da entidade.

Líder educador = **Gerentes, Coordenadores, Supervisores e RT**: é o agente promotor de desenvolvimento e estímulo ao aprendizado de sua equipe.

Líder Técnico/Coach = Diretoria, Gerentes, Coordenadores, Supervisores e RT: O líder-técnico é, acima de tudo, aquele que proporciona desenvolvimento antes de cobrar performance, utiliza ferramentas como *feedback* e delegação, mas, acima de tudo, preocupa-se com o desenvolvimento de seus liderados, tanto nos aspectos profissionais quanto nos pessoais.

Liderança Situacional: corresponde à liderança que é moldada de acordo com uma situação apresentada. O líder precisa ter a capacidade de fazer a análise do que está acontecendo, e com "jogo de cintura", decidir qual postura será adequada para aquela ocasião. Adequando-se ao momento de forma rápida e eficaz, o líder é capaz de delegar tarefas ao mesmo tempo em que motiva seus colaboradores a fazer suas demandas da melhor maneira, alcançando os resultados planejados. Portanto, essa característica adaptativa faz com que o líder seja capaz de contornar todas as adversidades, de forma a eliminá-las.

Esse tipo de liderança requer algumas características específicas para que seja exercida, como ter ***"jogo de cintura", flexibilidade, boa comunicação, bom relacionamento, resiliência, inteligência emocional, maturidade profissional e visão sistêmica.*** Essas competências e habilidades fazem com que o líder saiba lidar com diferentes perfis profissionais, além de ter bom retorno, construir relações interpessoais harmônicas, e conseguir perceber os próprios sentimentos e de seus colaboradores

Trainee: Define um tipo de cargo dentro da estrutura hierárquica de uma organização no qual ocorre o treinamento de um profissional para uma tarefa específica.

VI.Anexos

PRS HMTJ 045_Anexo 14_PAT_Plano Anual de Treinamento

PRS HMTJ 045_Anexo 12_Formulario avaliacao de desempenho por competencia_Geral

VII. Referências

Política de Gestão de Pessoas do HMTJ.

PRS HMTJ 045_Anexo 22_Programa de Treinamento e Desenvolvimento de Trainee na Gestão das Unidades de Saúde

PRS HMTJ 045 – Gestão de Treinamento e desenvolvimento de pessoal

10.2.3: ÁREA DA QUALIDADE TÉCNICA

POLITICA DE RECURSOS HUMANOS

Apresentação de plano de cargos e salários

I. Objetivo

Estabelecer normas e procedimentos para aplicação na política de remuneração dos colaboradores do HMTJ. Estimular a profissionalização, atualização e contínuo aperfeiçoamento técnico – profissional, garantindo a promoção de acordo com o desenvolvimento de sua formação acadêmica, experiência vivência individual e auto-desenvolvimento. Buscando a manutenção do equilíbrio interno e externo da Organização.

II. Materiais

Computador, Sistema RM Gestão de Pessoas, Sistema SIGQUALI, GCPEC e FLUIG, Formulários padronizados.

III. Abrangência

A política é aplicável para todas as unidades geridas pela Organização Social de Saúde Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus.

IV. Descrição dos passos da atividade

DEFINIÇÃO:

Considerando a necessidade de conferir transparência e eficiência no processo de contratações no âmbito dos serviços e gerenciamento de unidades públicas nos diversos estados do país, pela OSS HMTJ – a entidade publica este Procedimento que aborda as principais normas e critérios de administração de cargos e salários que utilizaremos na Instituição.

A atualização das descrições de cargos e salários tem como objetivo deixar transparente para os colaboradores as regras de ascensão da empresa e servir de base para as decisões do dia a dia dos Diretores e Gerentes relacionadas com Cargos e Salários, respeitando legislações e pisos vigentes nas categorias trabalhistas.

As diretrizes contidas neste documento ajudarão nossos executivos das

diversas áreas da empresa a tomar decisões mais consistentes e coerentes.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Garantir a atribuição de salário justo a todos os funcionários da entidade sempre de acordo com as atribuições da função exercida;
- Garantir que os salários sejam baseados em pesquisas periódicas do mercado de trabalho em empresas e entidades de mesmo porte e perfil epidemiológico da rede privada e filantrópica com padrões de excelência e qualidade no atendimento;
- Facilitar o controle das folhas de pagamento e permitir uma visão corporativa dos cargos e postos de trabalho autorizados;
- Oferecer e facilitar a promoção de funcionários de acordo com novas habilidades adquiridas e de acordo com o orçamento efetivamente recebido;
- Manter um banco de talentos, permitindo que no caso de postos vagos o recrutamento seja feito internamente com a possibilidade de oferecer melhores posições aos funcionários habilitados;
- Orientar a elaboração de programas de treinamento tendo em vista os requisitos necessários para a ocupação dos diversos cargos que compõem o quadro de pessoal.

RESPONSABILIDADES:

Os custos com funcionários são alocados em Centros de Custos com a finalidade de permitir acompanhamento de execução orçamentária definidos pelo Base Zero e orçamento financeiro disponível para a instituição.

As Descrições de Cargo são analisadas pelo setor de RH e validadas pelos Gerentes dos Processos, em seguida são enviadas para o setor de RH para atualização no sistema SIGQUALI/ GCPEC. Tais análises ou revisões serão realizadas sempre que houver necessidade, por determinações legais a mudança salarial só será permitida quando a função exercida for acrescida de tarefas adicionais, que exijam novas habilidades, ou anualmente de acordo com padrão estabelecido pela qualidade.

Cabe ao Coordenador somente a alteração do tópico: Detalhamento das Atribuições do Cargo.

As demais alterações inerentes a outros campos só poderão ser realizadas pelo setor de RH definidos por meio do planejamento estratégico da empresa ou solicitações da Direção.

1. **Finalidades da descrição e análise de cargos:**
   - Subsídios ao recrutamento: fonte de informações para o setor Recursos Humanos, base para coleta de dados, divulgação e técnicas de seleção.
   - Subsídios à seleção de pessoas: perfil e características do ocupante do cargo, requisitos exigidos, definição da bateria de provas e testes de seleção etc.
   - Material para treinamento: conteúdo dos programas de treinamento, conhecimentos e habilidades exigidos ao ocupante e atitudes frente ao cliente interno e externo.
   - Base para avaliação e classificação de cargos: definição de faixas salariais, escolha de cargos referenciais para pesquisa de salários etc.
   - Avaliação de desempenho: definição de critérios e padrões de desempenho para avaliar os ocupantes, metas e resultados a serem alcançados.
   - Base para programas de higiene e segurança: informações sobre condições de insalubridade e periculosidade comuns a determinados cargos.
   - Guia para a liderança: informações sobre o conteúdo dos cargos e desempenho dos ocupantes.

2. **Identificação dos Cargos**

A descrição de um cargo deverá ser documentada sempre que for criado um novo cargo, e analisada anualmente ou quando houver necessidade de alterações nas descrições vigentes. A liderança (Gerente/Coordenador/Supervisor) de cada setor será responsável pela descrição e validação dos cargos de sua área. A descrição deverá ser realizada no formulário "Perfil Estruturado por Competências", conforme Anexo 1, deste procedimento, através do preenchimento dos seguintes campos, a identificação do cargo deverá contemplar:

Empresa, unidade, cargo e centro de custo (setor), jornada de trabalho - Conforme descrição específica do cargo.

Tipo de PEC - Liderança, operacional, estagiário/trainee.

Descrição do cargo - descrição das principais atividades e responsabilidades institucionais do cargo específico.

Especificações do cargo - descrição de formação acadêmica, caractéristicas específicas como sexo, informática, experiência, idade mínima e conhecimentos técnicos específicos aplicadados a cada cargo.

PRINCIPIOS BÁSICOS DA ADMINISTRAÇÃO DE CARGOS, SALÁRIOS, REMUNERAÇÃO E BENEFICIOS

A administração de cargos, remuneração e benefícios da empresa será feita considerando os seguintes princípios básicos. O salário de cada cargo será baseado nos conhecimentos exigidos pela função, complexidades das atividades desenvolvidas e responsabilidades pela execução de tarefas ou apresentação de resultados específicos esperados do cargo.

Os salários serão estabelecidos de forma a serem competitivos quando comparados com os padrões de mercado de empresas que tenham situação econômico-financeira semelhante à da nossa empresa. Por exemplo, empresas que sejam parecidas com a nossa em termos de porte, participação de mercado, filosofia de gestão empresarial e outros fatores que possam indicar que utilizam profissionais do mesmo gabarito dos nossos. Uma remuneração competitiva nos permitirá atrair e reter profissionais de bom desempenho.

A política salarial levará em conta o desempenho econômico-financeiro da empresa e suas perspectivas de crescimento e desenvolvimento. A evolução dos salários será prevista no orçamento, da mesma forma que todas as despesas, receitas e investimentos planejados pela empresa e será acompanhada regularmente pelos sistemas de informações gerenciais.

3. Estrutura de Cargos e Salários

- **Estrutura de Cargos**

Nossos cargos estão organizados conforme a importância relativa de cada cargo dentro da estrutura organizacional. A estrutura de cargos da empresa é composta por Classes de cargos. Cada Classe de cargos abriga cargos que foram considerados como sendo semelhantes quanto aos conhecimentos exigidos, complexidades e responsabilidades da função.

- **Salários**

O salário é a remuneração que um trabalhador recebe pelo serviço que ele executa, o valor deste salário é variável de acordo com o contrato firmado entre o empregador e o empregado. O HMTJ se preocupa em pagar um salário compatível com o mercado de trabalho de atual profissional bem como estabelecido por meio de pisos salariais descrito em convenções trabalhistas vigentes.

- **Remuneração**

A remuneração é a soma do salário contratualmente estipulado (mensal, por hora, por tarefa etc.) com outras vantagens percebidas na vigência do contrato de trabalho como horas extras, adicional noturno, adicional de periculosidade, insalubridade, comissões, percentagens, gratificações, diárias para viagem entre outras. Esta pode variar conforme normas estabelecidas pelo acordo coletivo/ convenções de trabalho nas unidades geridas pelo Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus.

- **Benefícios**

Os benefícios para colaboradores trazem vantagens para a empresa além de deixarem as vagas de trabalho mais atrativas que a dos concorrentes e promovem o aumento da produtividade das equipes. Este benefícios são divididos entre benefícios obrigatórios por legislação e benefícios estratégicos em prol dos colaboradores. São considerados benefícios obrigatórios:

FGTS

O Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS) é uma contribuição de 8% do valor do salário do trabalhador, que não tem acesso imediato ao benefício. Só pode ser sacado mediante demissão sem justa causa ou em situações definidas pela lei.

Férias

A cada 12 meses trabalhados o colaborador terá direito a um descanso de 30 dias com a remuneração normal acrescida de 1/3 de seu salário. Se ocorrer o desligamento do colaborador antes dos 12 meses ou se já tiver usufruído das férias, o benefício é acrescido no valor da rescisão, ainda que proporcionalmente.

Décimo terceiro salário

Sempre nos dois últimos meses do ano, o trabalhador ganha um salário extra conhecido por 13º salário. Ele é proporcional aos meses trabalhados naquele ano.

Adicional noturno

O adicional noturno é destinado apenas para os trabalhadores que exerçam suas atividades entre 22 horas de um dia às 5 horas do dia seguinte. Trata-se de um valor acrescido ao salário-base.

Vale-transporte

Benefício de oferta obrigatória: ou seja, se o colaborador vai trabalhar de carro, carona ou mora muito perto do trabalho, ele pode optar por não receber esse benefício. Se escolher receber o vale transporte terá o desconto de até 6% do valor de seu salário.

Os benefícios para colaboradores que podem ser usados de forma estratégica são aqueles que não são obrigatórios por lei, mas que surtem efeito benéfico em diferentes aspectos, como a retenção de talentos. Tais como: convênios com farmácias, clubes, plano médico, bolsas de estudos, descontos em lugares comerciais e podem variar conforme o perfil e disponibilidade financeira da unidade gerida pela OSS HMTJ.

- **Orçamento**

Cada Centro de Custo terá seu orçamento de salários determinado pela somatória dos salários de cada cargo subordinado ao Centro de Custo estabelecidos pelo Base Zero.

- **Posições Temporárias**

➢ **Situações de emergência** – quando para o perfeito funcionamento de uma Unidade torna-se necessária a admissão imediata de um novo funcionário, este poderá ser admitido mesmo sem a existência de um Posto autorizado. O Posto temporário assim criado terá validade de prazo determinado sendo automaticamente extinto no fim deste prazo.

➢ **Afastamento temporário de funcionários –** quando por motivo de afastamento temporário de um funcionário torna-se necessário a contratação de um substituto, este deverá ser contratado num posto temporário. Neste acaso o Posto temporário será criado com vencimento na data prevista para a volta do funcionário regular do Posto

➢ **Criação de Postos Temporários** – a criação de um Posto Temporário ocorrerá através de solicitação pelo gestor do CC (Centro de Custos), aprovação do Diretor da Unidade e comunicação ao setor de RH e aprovação do Diretor da OSS.

➢ **Criação de Novos Postos** – a criação de um novo Posto sempre resulta em aumento de custos. Por este motivo a aprovação de um novo

Posto seguirá numa sequência de autorizações, respeitando todos os responsáveis pela execução orçamentária.

➢ **Cargos de Confiança** – São os cargos de natureza gerencial ou de assessoramento especial previsto na estrutura de operacionalização.

NORMAS DE FUNCIONAMENTO DO PLANO DE CARGOS E SALÁRIOS

4. Salário de Admissão

O salário de admissão será definido sempre no nível inicial da faixa salarial estabelecido no Base Zero apresentado na proposta orçamentária anual e/ ou decisões estratégicas definidas pela Direção.

4.1. Salário para um novo Cargo

Os novos cargos que forem criados serão avaliados e classificados conforme a metodologia e critérios utilizados para elaboração da estrutura de cargos definidos pelo setor de Recursos Humanos.

4.2. Alterações Salariais

Os tipos de alteração salarial previstos no Sistema de Administração de Cargos e Salários são os seguintes:

- Promoção (promoção para um cargo maior);
- Gratificação Salarial;
- Mérito (aumento de salário por merecimento, definidos após avaliação de desempenho);
- Posicionamento dos salários dentro da Faixa Salarial;
- Transferência de Área/ Adequação do cargo;
- Ajustes de mercado;
- Concessão de aumentos coletivos;
- Alteração de carga Horária.

4.2.1 Promoção

Os aumentos por promoção são concedidos aos funcionários que passam a ocupar cargos incluídos numa Classe superior à Classe atual dentro da estrutura de cargos, poderá ocorrer em função da necessidade de preenchimento de uma vaga em aberto (caso de Encarregados, Supervisores, Gerentes, por exemplo).

Os candidatos a uma promoção deverão passar por um processo de avaliação

conduzido pela área de Recursos Humanos, por critérios definidos no processo seletivo interno.

Os aumentos decorrentes da promoção podem ser concedidos em qualquer mês do ano, desde que o funcionário preencha os requisitos descritos no PEC e necessários à promoção, mínimo de seis meses como funcionário na instituição ou em menos tempo para casos de mudança estratégica definidos pela Direção da entidade, via descrição no Fluig.

Os critérios para as promoções descritas acima compreendem o funcionário participar do processo seletivo interno, sendo encaminhado ao setor de Recursos Humanos para realização de prova teórica direcionada para a a´rea que será realizada a promoção caso seja aprovado com aproveitamento de 70%, entrevista por competência, comprovações/ certificados de que o colaborador atende as competências descritas no PEC, o preenchimento do formulário via sistema Fluig feito pelo gestor da área, para aprovação da direção, assinatura do termo aditivo e exame de troca de função. Quando a promoção for para cargos assistenciais, é necessário que o colaborador aprovado possua registro do conselho atualizado, anuidade paga comprovando que ele pode exercer a função e atestado de nada consta dos anos anteriores. Poderá ser observada a avaliação de desempenho por competência com média superior a 70%, bem como verificação do histórico de sanção administrativa do último trimeste. O processo de promoção deverá levar em consideração a realidade financeira e orçamento disponível da instituição neste período.

Critérios a serem considerados na avaliação para fins de promoção:

- Disciplina
- Assiduidade
- Pontualidade
- Colaboração com a equipe, superiores e colegas de trabalho
- Disponibilidade
- Qualidade do trabalho realizado
- Responsabilidade
- Apresentação pessoal
- Conhecimento da Função
- Desenvolvimento Técnico-Profissional
- Entendimento e pro atividade para mudança
- Comunicação

- Organização
- Liderança (para encarregados e acima)
- Resolução de conflitos (para encarregados e acima)

4.2.2 Gratificação Salarial

Poderá ser concedida gratificação pecuniária, nos casos que, após análise do setor de Recursos Humanos e análise orçamentária, for identificada necessidade de função específica realizar atividades relacionadas à liderança ou ser referência na área. Outras gratificações pdoerã se concedidas mediante força de legislação e/ou CCT (convenção coletiva de trabalho)

4.2.3 Aumento por Meritocracia (Avaliação de desempenho)

O aumento por mérito pode ser concedido ao funcionário que apresentar desempenho que o destaque significativamente dos demais ocupantes do mesmo cargo ou dentro de uma equipe de trabalho, sendo este levantamento através da ADC – Avaliação de Desempenho por Competência, realizado por meio do GCPEC.

É uma alteração do salário do funcionário dentro da Faixa Salarial da Classe correspondente ao seu cargo definidos pelas faixas: A, B, C e D. Os aumentos decorrentes da promoção podem ser concedidos sempre após a aplicação da ADC e devem se ajustar ao orçamento definido para essa finalidade.

4.2.4 Posicionamento dos salários dentro da Faixa Salarial

O salário de cada profissional será posicionado dentro da faixa salarial conforme o seu desempenho. Para um desempenho plenamente satisfatório, o salário do profissional ficará no nível C. Para um profissional que ainda precise melhorar seu desempenho, ou que ainda não esteja preparado para apresentar um desempenho satisfatório, o seu salário ficará entre os níveis A e B da faixa salarial. O profissional que estiver com um desempenho claramente acima de satisfatório ou mesmo extraordinário terá seu salário estabelecido no nível D da faixa salarial.

A progressão salarial entre faixas acontecerá a cada dois anos, utilizando como base a avaliação de desempenho afim de validar se o colaborador atende aos critérios adotados para a progressão, estando o profissional na mesma função por este mesmo período (02 anos) desde a data de sua admissão. Nos casos de promoção interna, este processo se contará pela data de sua nova função. O processo de progressão se

dará, levando-se em consideração a realidade financeira e orçamento disponível da instituição neste período.

O percentual recomendado para os casos de progressão varia entre 2,5% e 7,5% (Faixas A, B ou C). Em casos de desempenho destacado este percentual poderá chegar a 10% (Faixa D). É recomendado analisar com cuidado cada progressão, visando a evitar a criação de problemas de relatividade interna posteriormente.

4.2.5 Transferência de Área

Ocorre uma transferência quando o funcionário passa a ocupar um cargo em outra área. Por exemplo, um Assistente que é transferido da área administrativa para a área assistencial. Uma transferência geralmente não significa que o funcionário receberá um aumento de salário.

Se a transferência for para um cargo de uma classe superior à classe do cargo atual, serão aplicadas as mesmas regras definidas para os casos de promoção.

Se a transferência for para um cargo da mesma classe, e for necessário um aumento de salário para um melhor posicionamento do salário do funcionário na faixa salarial, serão aplicadas as mesmas regras definidas para os casos de progressão.

4.2.6 Ajustes de Mercado

São alterações salariais com o objetivo de alinhar o salário do cargo com os padrões de mercado, constatados por meio de pesquisa de remuneração ou percebidos pela empresa ao encontrar dificuldades para contratar determinados profissionais por um espaço de tempo que confirme ser essa uma situação crônica. A pesquisa de mercado será realizada nas instituições selecionadas pelo HMTJ, a fim de comparar os salários praticados internamente com o mercado externo. Recomenda-se, para manutenção da estrutura salarial praticada e estabelecida na tabela de salários, ser realizada uma pesquisa de remuneração no mercado externo em uma periodicidade de 24 meses.

4.2.7 Concessão de aumentos Coletivos

Poderá ocorrer por duas modalidades:

- Acordo ou Dissídio Coletivo que deverá ser aplicado integralmente
- Antecipação Salarial concedida por determinação legal/ sindical que deverá ser compensada na data base da categoria

4.2.8 Alteração de Carga Horária

Modificação ocorrida no salário em função de alteração da sua carga horária de trabalho diária ou mensal (extensão ou redução) após aprovação pelo RH, Controladoria e Direção da unidade.

5. INDICADORES DE EFETIVIDADE:

Controle das promoções e Avaliação de Desempenho por Competência

6. EXCEÇÕES:

Serão encaminhadas ao RH para análise e aprovação junto a Diretoria Administrativa da Entidade.

7. CONTIGÊNCIA:

7.1. Em casos de falta de recursos financeiros, poderá ser revisto o Base Zero da área com Gestor, setor de RH, Controladoria e Direção do HMTJ, ou ainda, explanação e justificativa sobre realidade financeira da instituição para órgãos de prestação de contas e colaboradores;

7.2. Outros benefícios podem ser instituídos aos colaboradores através de obrigatoriedade por legislação vigente, Convenções/ Acordos coletivos, referentes a responsabilidades de cargo/ liderança/ responsabilidade técnica ou mesmo acordados com órgãos contratantes.

8. VIGÊNCIA:

Esse procedimento passa a vigorar a partir da data de sua publicação ou da data de sua última revisão. O mesmo deve ser revisado anualmente ou caso em que haja alguma alteração no processo.

V. Siglas e Definições

PEC: Perfil Estruturado por Competências.

NRs: Normas Regulamentadoras.

ADC: Avaliação de Desempenho por Competência.

Autoridade: transmite a mensagem de ordem sem dar razões ou algum argumento de justificação e os indivíduos subordinados a esta autoridade aceitam e obedecem sem questionar.

Habilidade: capacidade técnica para realizar determinadas tarefas, desenvolvidas a partir de teoria e prática.

OSS HMTJ: Organização Social de Saúde Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus

CBO: Classificação Brasileira de Ocupação

Competência: Conjunto de conhecimentos, habilidades, comportamentos e aptidões que possibilitam maior probabilidade de obtenção de sucesso na execução de determinadas atividades.

Cargo: é a denominação de um conjunto de Postos de Trabalho em que todos os ocupantes terão funções semelhantes. Cada cargo terá um determinado numero de Postos de Trabalho autorizados. Ex. Auxiliar Administrativo

Posto de Trabalho: é a designação de uma vaga autorizada dentro de um determinado cargo. O Posto de Trabalho é representado por um numero de até três dígitos. Ex. Auxiliar Administrativo #02

Carreira: designa a área profissional do ocupante de um Posto de Trabalho.

VI. Anexos

PRS HMTJ 046_Anexo 2_Listagem de Cargos e Salários HMTJ
PRS HMTJ 046_Anexo 01 PEC HMTJ 000 - Perfil Estruturado por Competências
PRS HMTJ 047_Anexo 40_Controle PEC Unidades
PRS HMTJ 047_Anexo 41_Planilha competências
RH Informa - Tabela de Dissídios

VII. Referências

Política de Gestão de Pessoas do HMTJ.

Base Zero HMTJ

Rabaglio, Maria Odete. **Como implantar gestão por competências**: passo a passo. São Paulo: Edição do Autor, 2015

I. Objetivos

Gestão de pessoas por competências é um sistema para gerenciar os diferentes tipos de competências dos profissionais da organização. Esse modelo estabelece critérios claros para construção dos Perfis dos Cargos por Competências (antiga descrição de cargos), sendo assim, a finalidade deste documento é apresentar os processos relativos a gestão por competências, bem como o software de gestão GCPEC implantado na instituição.

II. Materiais

Computador, Sistema GCPEC.

III. Abrangência

A política é aplicável a toda Entidade.

IV. Descrição dos passos da atividade

A partir da iniciação do projeto, se estabelece junto com um Comitê Estratégico da instituição, a Metodologia de Avaliação de Desempenho para os cargos de Liderança e Operacionais e as ferramentas de Feedback, Planos de Desenvolvimento Individuais (PDIs).

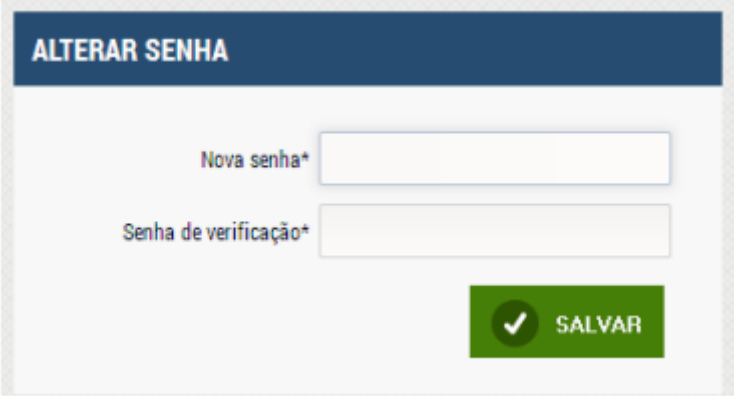
O acesso ao sistema se dá por meio do endereço www.gcpecfatorrh.com.br/gcpec/Login. No campo usuário digite a sigla da empresa + o número do seu CPF sem traços, pontos e/ou espaços. Exemplo: usuário: hmtj12345678910. A senha no primeiro acesso é a data de nascimento no formato ddmmaaaa. Digite seu usuário, senha e clique em "Entrar", conforme Figura I.

Figura I



Após o login pela primeira vez, o sistema solicitará que você cadastre uma nova senha. O usuário permanecerá o mesmo. A nova senha pode conter letras e números. Devem ser cadastrados no mínimo 6 caracteres e não há limite máximo conforme Figura II.

Figura II



Depois de cadastrar uma nova senha o sistema abrirá a tela inicial do sistema, o qual a quantidade de ícones "abertos" irá se distinguir de usuário para usuário de acordo com perfil cadastrado pelo Recursos Humanos, conforme imagem a seguir.

Figura III



Ao clicar em qualquer ícone do sistema, este apresentará, no rodapé da página, submenus que reúnem funcionalidades (submenu de cor azul) e relatórios (submenu de cor laranja). O submenu na cor branca é o que está em uso, ou seja, a página que você está operando, conforme exemplo abaixo.

Figura IV



Como o GCPEC funciona diferente para cada tipo de perfil liderança (avaliador) ou operacional (avaliado), será demonstrado a seguir as funcionalidades relativas a cada perfil.

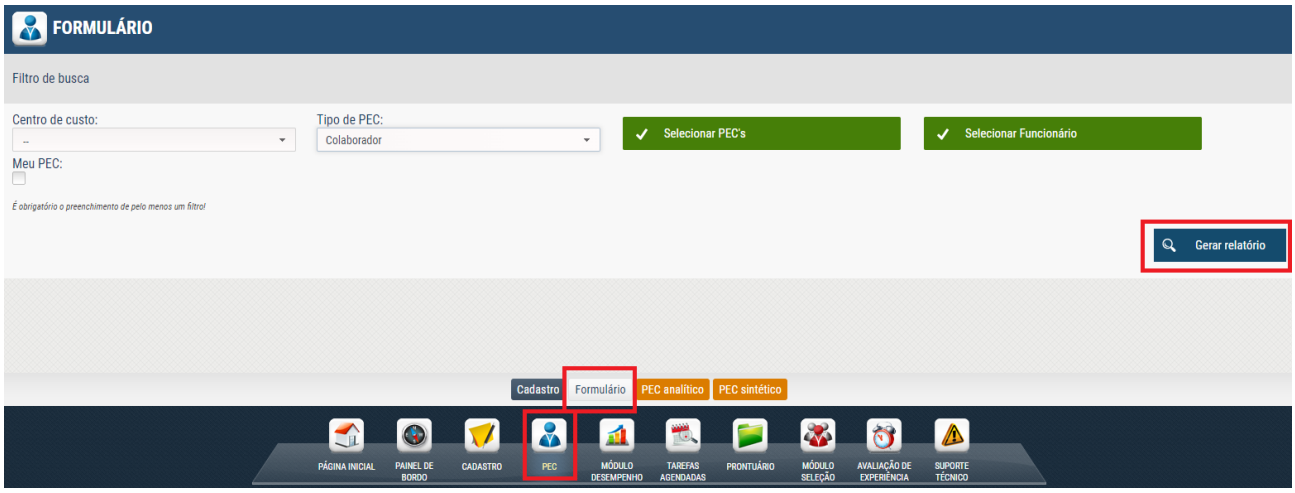
Manual do Avaliador (perfil de liderança)

PEC

No ícone PEC o avaliador poderá consultar o seu PEC e dos seus avaliados. Se desejar visualizar o seu PEC selecione a opção "Meu PEC" e clique em "Gerar Relatório".

Para visualizar o PEC de seus colaboradores, utilize os filtros para escolher de qual funcionário deseja visualizar, e clique em "Gerar Relatório", conforme Figura V.

Figura V



AVALIAÇÃO DE EXPERIÊNCIA

Avaliação de Experiência

O icone avaliação de experiência é onde o avaliador poderá fazer a avaliação de seu subordinado. Este modelo de avaliação se refere a 90 graus ao qual o gestor avalia seu liderado devido este estar em periodo de integração e adpatação do trabalho, não sendo assim plausível a autoavalição neste momento. O mesmo pode acesar por meio da aba de mesmo nome, clicando em avaliação, conforme Figura VI.

Figura VI



As avaliações de experiência na instituição são padronizadas, divididas em duas etapas, 45 e 90 dias. Em ambas as etapas a avaliação estará disponível com 10 dias de antecedência.

Nota[1] Em ambos períodos de avaliação, após o vencimento do prazo a avaliação expira não sendo possível sua realização, cabendo ao gestor realização de justificativa de pendência de avaliação de desempenho pelo FLUIG, bem como a realização de 1 feedback para cada competência essencial do cargo do colaborador.

Nota[2] A realização da avaliação pelo gestor deve ser feita em conjunto com o colaborador, cabendo o mesmo a validação ao término do processo.

Nota[3] A Realização da avaliação no GCPEC, não exime o gestor do cumprimento das demais atividades conforme etapa de avaliação descrita no PRS HMTJ 045 - Gestão de Treinamento e desenvolvimento de pessoas.

Nota[4] Mesmos nos casos em que o gestor optar pelo desligamento este deverá conduzir a avaliação no intuito de justificar sua decisão baseado na análise do desenvolvimento deste profissional em comparativo as competências relativas ao PEC. Nos casos que não for possível a validação do colaborador, este poderá optar pela opção de dispensar, ou preferencialmente optar pelo campo de registro de testemunha ao qual deverá colocar o dado relativo a mesma.

Avaliação

Nesse ícone o avaliador poderá fazer a sua autoavaliação e avaliar os seus colaboradores, bem como visualizar os relatórios de desempenho pessoal e de sua equipe.

1) Autoavaliação

Clique no ícone Módulo Desempenho, em seguida no ícone Avaliação, no rodapé da página você vai observar que há alguns botões azuis. Clique na opção autoavaliação e clique no botão , carregará a tela de avaliação contendo 02 páginas: primeira página com as Competências Essenciais e segunda página com as Competências Complementares.

Figura VII



2) Avaliação de Colaborador

Clique na opção Avaliação colaborador, selecione qual funcionário deseja avaliar e clique no botão "Avaliar". O sistema exibirá a tela de Avaliação para que as notas sejam atribuídas.

O processo de autoavaliação e de avaliação de colaboradores segue o padrão disposto a seguir com relação ao significado de cada cor:

1) **Azul** → "Avaliado" Faz Mais do que está escrito no indicador. Isso significa que o profissional em questão Supera as Expectativas (110%). Para toda nota Azul é obrigatório o preenchimento do campo Justificativa, para que fique registrado o que o "Avaliado" fez efetivamente a mais (fatos), além do que estava descrito naquele indicador de desempenho.
2) **Verde** → O "Avaliado" cumpre integralmente (100%) o indicador, ou seja, ele está entregando de forma adequada os resultados esperados dentro das competências.
3) **Amarelo** → O "Avaliado" cumpre parcialmente o que está proposto no indicador da competência (1 – 99%). É necessário então construir em conjunto com o "Avaliado" um plano de ação para desenvolvimento e melhoria do desempenho, podendo também adicionar uma justificativa.
4) **Vermelho** → O "Avaliado" não faz o que está escrito no indicador da competência (0%). Nesse caso é imprescindível estabelecer um ou mais planos de ação para que o profissional passe a executar e cumprir o que está definido no indicador da competência.
5) **Cinza** → Essa cor é utilizada somente quando um indicador não se aplica ao cargo que está sendo avaliado. Para toda nota cinza, também é obrigatório o preenchimento do campo Justificativa para que fique registrado o porquê de tal indicador não ter sido avaliado.

As competências e indicadores definidos pela Instituição estão divididas em duas categorias: Competências ESSENCIAIS e COMPLEMENTARES.

Competências ESSENCIAIS → São as competências fundamentais para o cargo, tanto na avaliação quanto para seleção ou treinamento dos profissionais.

Competências COMPLEMENTARES → São as competências de menor impacto no sucesso das atividades do cargo. Contribuem para completar a Avaliação de Desempenho.

Embora os significados das cores, citados anteriormente, sejam os mesmos para ambas as categorias, a escala de notas é um pouco diferente, devido ao nível de exigência ser menor para as competências COMPLEMENTARES.

Figura VIII



Um "Avaliado" que atende 100% de um indicador de uma competência ESSENCIAL, deve receber a nota verde 8 e pode vir a receber a nota verde 9 em sua próxima avaliação de desempenho.

Para um funcionário que está sendo avaliado pela primeira vez, quando este atende plenamente um indicador, deve ser atribuída sempre a nota verde menor (8 para ESSENCIAIS e 7 para COMPLEMENTARES).

A partir da 2ª ou 3ª Avaliação, caso o profissional mantenha o bom desempenho no mesmo indicador, ou seja, o bom desempenho é frequente (comparado ao histórico anterior de nota verde), então pode ser atribuída a nota verde mais alta.

Se o "Avaliado" atende parcialmente algum indicador, deverá ser atribuída a esse indicador uma nota amarela. Nesse caso, deve ser feita a seguinte análise: Se o "Avaliado" cumpre 60% ou menos do que está descrito no indicador, deve ser atribuída a nota amarela menor (6 para ESSENCIAS e 5 para COMPLEMENTARES). Entretanto, se o "Avaliado" cumpre mais do que 60% do indicador, então pode ser atribuída a nota amarela maior (7 para ESSENCIAS e 6 para COMPLEMENTARES).

Caso o "Avaliado" não faça nada do que está escrito em determinado indicador (0%), dentre as cinco opções de nota vermelha disponibilizadas (e quatro opções para Competências

COMPLEMENTARES), deve sempre ser atribuída a nota vermelha mais alta da escala (5 para ESSENCIAIS e 4 para COMPLEMENTARES).

A partir da 2ª Avaliação, caso o profissional não apresente uma melhora no desempenho (Ex.: Não cumpriu seus planos de ação.), então a nota vermelha deverá cair pelo menos 01 Ponto... (para que o profissional perceba que há consequências).
Se o "Avaliado" faz mais do que está escrito no indicador (110%), ou seja, Supera as Expectativas (faz mais do que o esperado), então sua nota deverá ser Azul. Assim como as notas verdes, inicialmente deve ser atribuída a menor nota azul e a partir das demais avaliações, se necessário, aumentá-la (quando disponível).

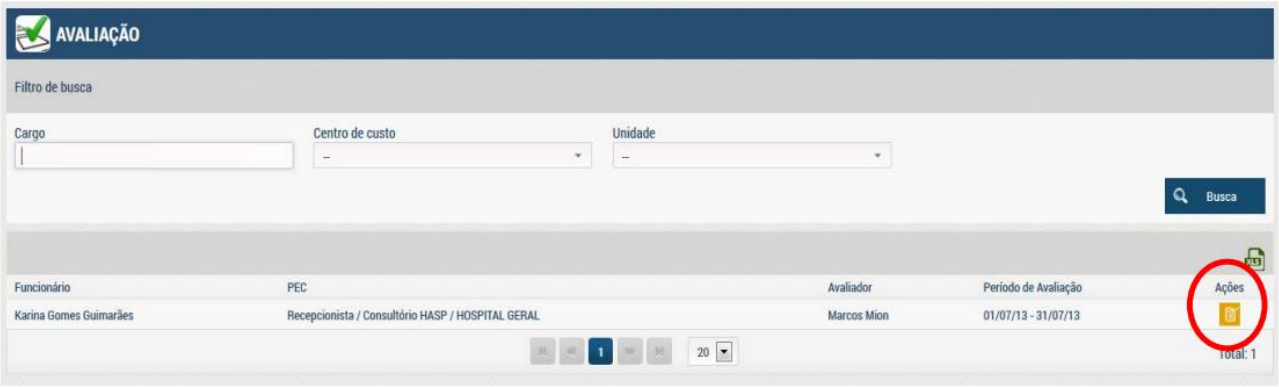
0 (Zero) não é considerado uma nota. Atribuir uma nota cinza significa somente que o indicador em questão não se aplica ao "Avaliado" e à Avaliação e, portanto, não será avaliado.

Notas cinzas também não são consideradas para os cálculos das médias a serem apresentadas nos relatórios.

Nota[5] Para ambas as notas, azuis e cinzas, é obrigatório o preenchimento de uma justificativa.

Nota[6] Se desejar somente sair do sistema e concluir a avaliação posteriormente, clique em "Sair" o sistema salvará as notas e as justificativas já atribuídas. Ao clicar em "Concluir" a avaliação não poderá mais ser alterada.

Figura IX



Iniciando a avaliação:

Leia atentamente as instruções da tela de avaliação. Na primeira página estão as competências essenciais, ou seja, as competências fundamentais para o cargo. Na segunda página estão as competências complementares, ou seja, as competências de menor impacto em suas atividades.

Atribua às notas desejadas, se a nota atribuída for maior que a nota do PEC, você deverá justificar essa escolha para que essa nota seja salva. Para notas iguais ou abaixo do PEC, as justificativas são opcionais. Se o indicador não se aplica ao cargo do colaborador, que você está avaliando, poderá optar pelo cinza (zero), justificando o motivo de ter invalidado esse indicador.

Após atribuir nota a todos os indicadores, clique em "Concluir". Se desejar somente sair do sistema e concluir a avaliação posteriormente, clique em "Sair" o sistema salvará as notas e as justificativas já atribuídas.

Ao clicar em "Concluir" a avaliação não poderá mais ser alterada.

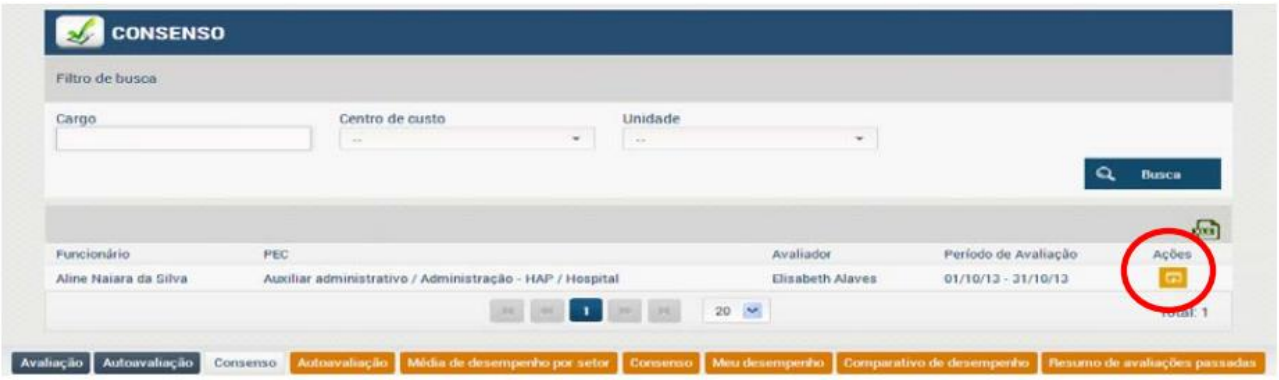
Regras:

- Só poderá ser avaliado o profissional que já tiver cumprido o " Tempo Mínimo " de ocupação do PEC atual (consulte o seu RH), e de vínculo a um mesmo líder, ou seja, alterá-lo de PEC ou de líder fará com que a avaliação só possa ser feita após esse " Tempo Mínimo" a contar da data da alteração.
- Um funcionário só poderá ser avaliado novamente após 12 meses da última avaliação.

3) Consenso

Clique no ícone Módulo Desempenho, em seguida no ícone Avaliação e clique na opção consenso, escolha de qual colaborador deseja realizar e clique no botão "Lançar".

Figura X



O sistema abrirá a tela de lançamento do consenso. Caso as notas dadas pelo avaliado e pelo avaliador sejam iguais, o sistema já trará a nota do consenso preenchida, embora passível de alteração.

Caso tenham sido lançadas justificativas durante o preenchimento da Avaliação ou Autoavaliação, ao passar o mouse sobre as notas o cursor deixará de exibir uma seta e passará a mostrar uma mão, indicando que ali há justificativa lançada. Basta clicar na nota e o sistema exibirá uma janela com o texto da Justificativa.

Sempre que a nota do consenso for inferior à nota exigida pelo PEC, o sistema exibirá um botão "+" abaixo da nota realizada consenso, indicando que é preciso lançar um plano de ação para a melhoria daquele indicador.

Figura XI

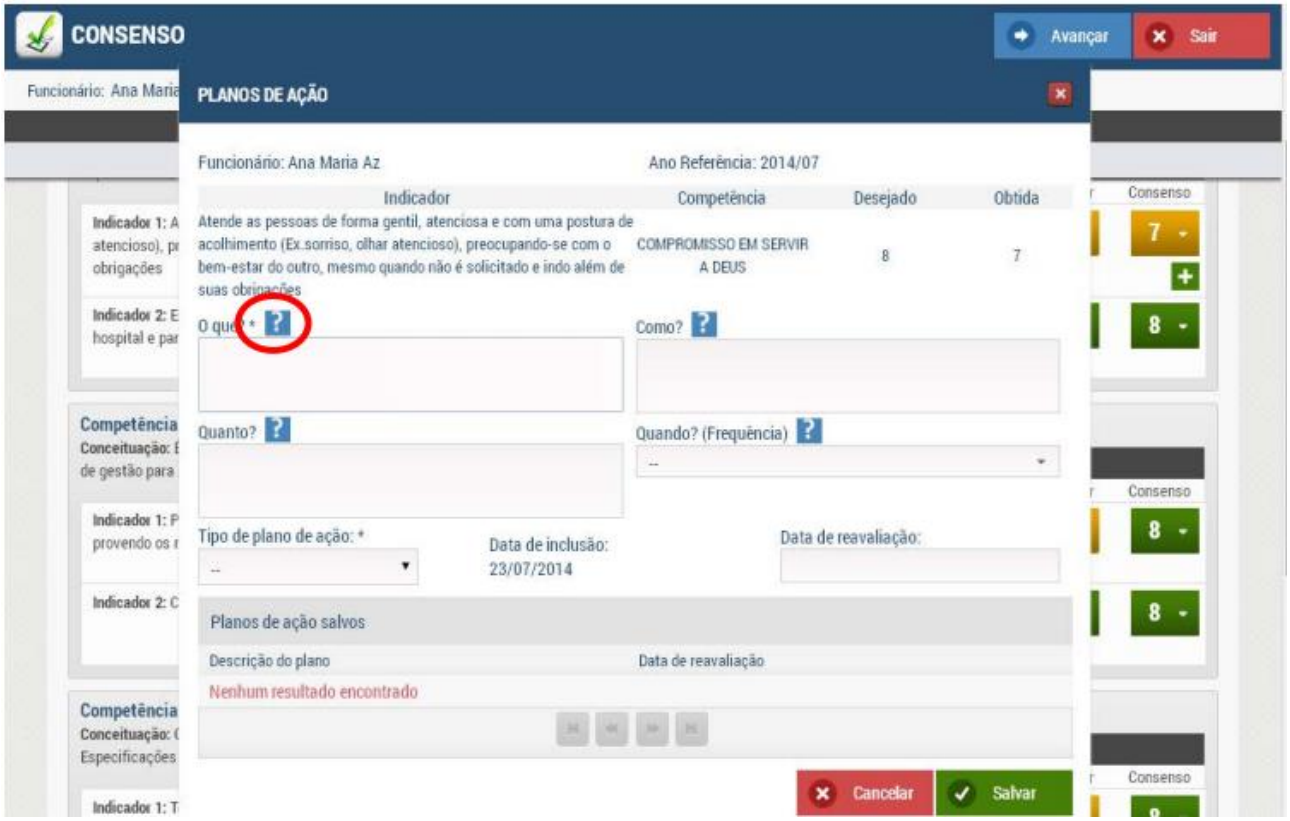


* Para lançar um plano de ação: clique no botão abaixo da nota consensada. O sistema abrirá uma tela para inclusão de plano de ação. Preencha os campos solicitados e clique em salvar.

Os campos com o símbolo "?" trazem orientações adicionais. Ao clicar sobre o símbolo, uma janela exibirá o que deve ser lançado no campo correspondente.

Não há uma quantidade mínima ou máxima de planos de ação a lançar; o que rege a criação de um plano de ação é o comum entendimento de que a ação planejada auxiliará o avaliado a reduzir ou sanar o gap apresentado em determinado indicador.

Figura XII



Importante! Ao inserir um plano de ação deve-se respeitar as seguintes regras:

- A data de reavaliação não pode ultrapassar 11 meses da data de inclusão;
- Após encerrado o consenso, o gestor só poderá alterar a data de reavaliação uma única vez.
- Uma vez salvo, o plano de ação não poderá ser excluído.

Finalizado o lançamento dos planos de ação você deverá clicar em concluir e o sistema trará a opção de escolher se quer associar as datas de reavaliação dos planos de ação à sua agenda.



Plano de Ação

O ícone Planos de Ação permite ao avaliador consultar os planos de ação já lançados ou inserir novos planos de ação após a conclusão do consenso. Além disso, é por meio desse ícone que o avaliador atualiza o status dos planos de ação de seus avaliados ou ainda prorroga o seu

cumprimento. Para acessar, clique no Módulo Desempenho localizado na tela inicial do sistema, e em seguida, clique no ícone Planos de Ação.

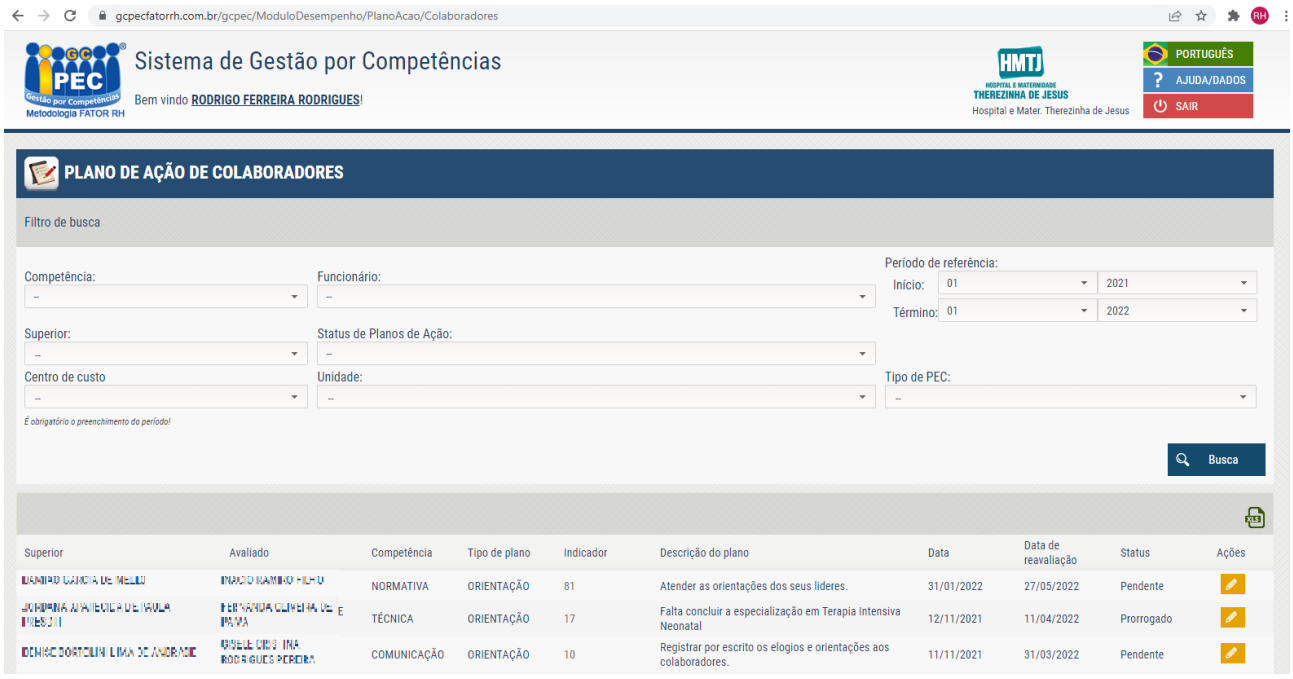
Consultar plano de ação: Ao clicar no ícone Plano de Ação o gestor terá duas opções:

Meus Planos de Ação → Nesta opção ele só consulta os seus planos de ação. Não tem acesso para realizar alterações).

Planos de Ação Colaboradores → Neste caso o sistema abrirá uma tela com todos os colaboradores desse avaliador. Nela ele poderá escolher de qual funcionário quer acessar os planos de ação.

O avaliador terá acesso para Consultar, Alterar e Incluir.

Figura XIII



*** Para inserir novo plano de ação** → basta clicar no submenu Planos de Ação Colaboradores e clicar em Adicionar. Selecione o colaborador e clique no botão Ação à frente do Indicador para o qual deseja incluir um novo plano de ação. A janela de inclusão aparecerá tal qual na tela de consenso. Preencha os campos solicitados e clique em Salvar

Importante! Um gestor só poderá inserir novo plano de ação para seu subordinado direto.

*** Para prorrogar um plano de ação** → basta clicar no submenu Planos de Ação Colaboradores, escolher o profissional cujo plano de ação será prorrogado e clicar no botão Ação. O sistema abrirá o plano de ação. Modifique o status para prorrogado e mande salvar. O plano será prorrogado por mais 30 dias.

Importante:

- A data de reavaliação pode ser prorrogada por mais 30 dias, desde que o plano de ação não conste como vencido.
- O avaliador receberá 03 e-mails de alerta de Planos de Ação:
  - Planos de ação a Vencer: todo dia 10 de cada mês (alerta sobre o restante do mês);
  - Planos de ação a Vencer: todo dia 25 de cada mês (alerta sobre o próximo mês);
  - Alerta de Plano de Ação Vencido: dia seguinte ao vencimento.
- Os planos de ação Vencidos terão 30 dias corridos, a contar da data de vencimento, para serem atualizados em seu status para Realizado ou Não Cumprido. Após esse prazo, não poderão mais ter seu status alterado.
- Os planos de ação de colaboradores desligados são automaticamente cancelados quando da atualização mensal do cadastro de funcionários.
- Caso o avaliado esteja afastado na data de reavaliação, o status dos seus planos de ação será automaticamente alterado para Suspenso, desde que o RH tenha efetuado a atualização mensal dos dados no sistema

Quando da ocorrência de vencimento do plano de ação, o avaliador deverá criar um feedback de elogio ou orientação para cada plano de ação vencido no sistema, conforme modelo a seguir:

1) Fato Ocorrido → NOVA ORIENTAÇÃO - PLANO DE AÇÃO ANO: descrever o nome do plano de ação, assim como cadastrado no GCPEC no campo "o que?"

2) Compromisso Assumido → Descrever a forma que a ação deve ser realizada campo "como?"

3) Revisar em → Escolher um período de tempo de acordo com a necessidade para conclusão da ação.

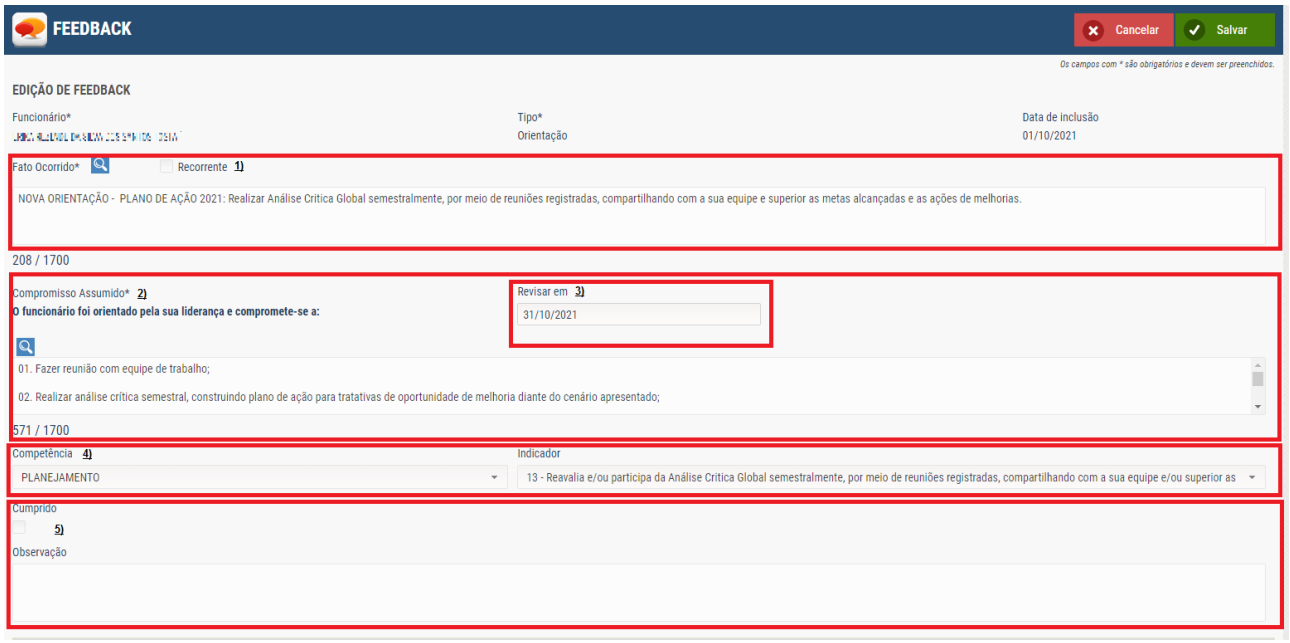
4) Competência e Indicador → Escolher **competência** de acordo com plano de ação traçado e incluir **indicador** que mais se adeque ao plano de ação.

5) Antes do término do prazo dado para revisão, cabe a coordenação entrar no feedback criado, relativo ao plano de ação, e assinalar se os fatos acima foram ou não cumpridos. No campo observação, o líder deve preencher com as evidências que demonstre tal conclusão.

Nota[7] Os dados dentro do campo feedback só poderão ser atualizados antes da data da reavaliação, após o data o sistema bloqueia.

Nota[8] Caso a liderança perca o prazo, a mesma deverá criar um novo feedback de elogio se as ações foram cumpridas ou de orientação descrevendo novo período para reavaliação.

Figura XIV



Feedback

O ícone Feedback permite ao gestor consultar os feedbacks já lançados ou inserir novos feedbacks para seus subordinados diretos. Para acessar, clique no Módulo Desempenho localizado na tela inicial do sistema, e em seguida, clique no ícone Feedback.

1) Meus Feedbacks

Para consultar os feedbacks recebidos: o gestor tem a opção de consultar os próprios feedbacks. É só clicar no submenu Meus Feedbacks. Defina o período que deseja pesquisar e clique em Busca.

Figura XV



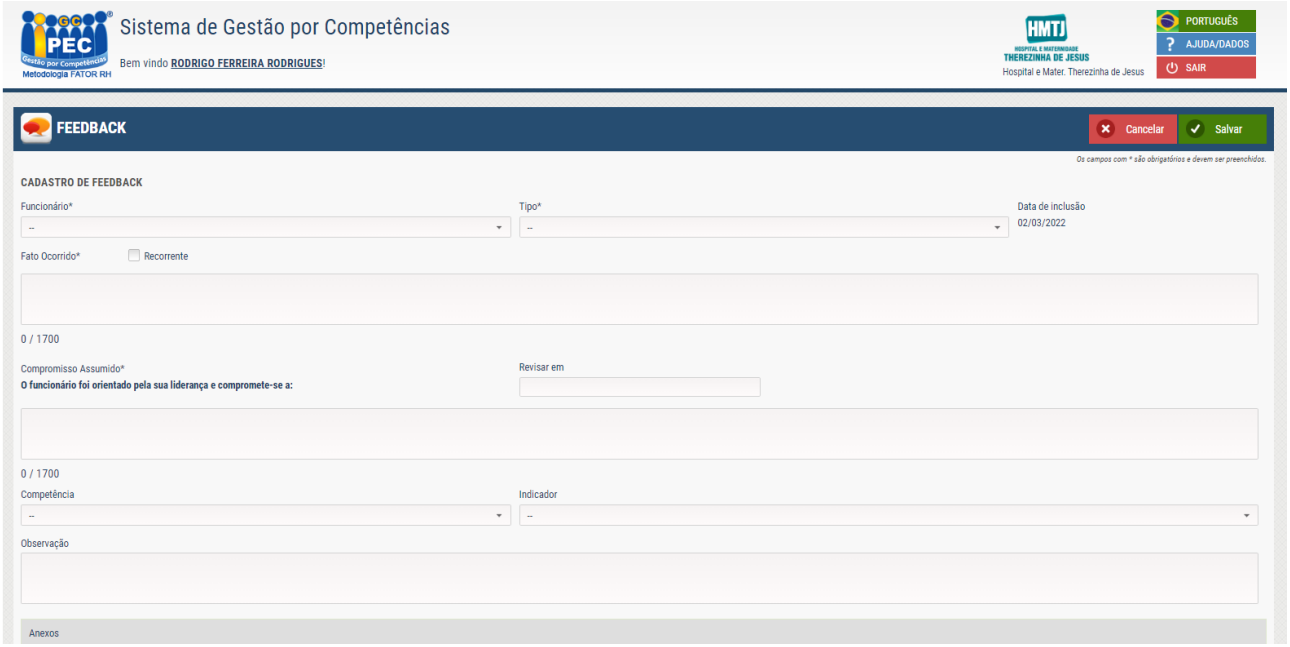
A tela carregará a lista de todos os feedbacks recebidos com sua respectiva descrição. Para visualizar mais detalhes, clique no botão de consulta . Lembre-se que não é possível editar os próprios feedbacks.

2) Feedbacks de colaboradores

Para consultar feedbacks atribuídos a qualquer profissional da instituição: clique no submenu Feedback de Colaboradores faça a busca conforme os filtros escolhidos. O sistema exibirá todos os feedbacks registrados com as respectivas descrições.

Para inserir um feedback para um colaborador: clique no botão Adicionar nessa mesma tela. O sistema abrirá a tela de Cadastro de Feedback. Preencha os campos e clique em Salvar.

Figura XVI



Importante: Se o feedback cadastrado foi do tipo com advertência ou suspensão, o sistema mostrará na tela uma mensagem para o Gestor informando que deve ser impresso o formulário de Registro de Feedback para ser assinado e encaminhado para a área de RH/DP para as providências legais pertinentes.



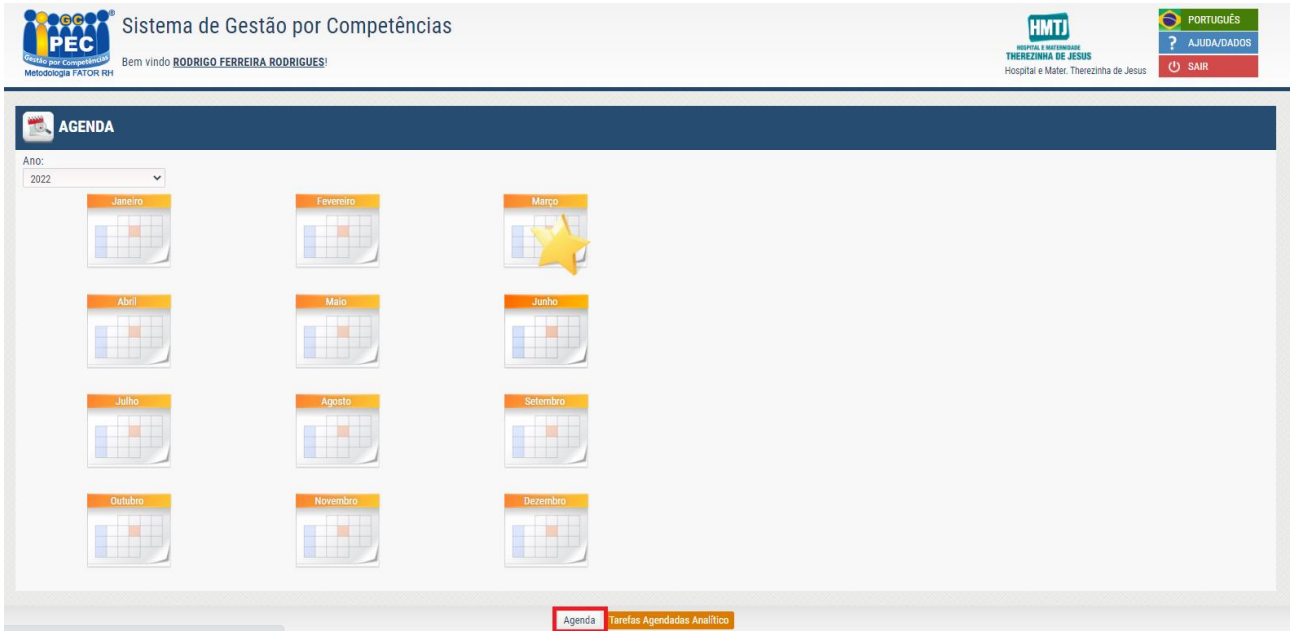
Tarefas agendadas

O ícone Tarefas Agendadas permite ao gestor visualizar todos os compromissos assumidos em relação ao projeto de Gestão de Pessoas por Competências, reunindo informações de todos os módulos do GCPEC.

Em relação ao Módulo de Desempenho, Tarefas Agendadas exibirá, em forma de calendário, as seguintes tarefas:

- Período de Autoavaliação;
- Período de Avaliação de Subordinados;
- Data de Reavaliação de Plano de Ação próprio;
- Data de Reavaliação de Plano de Ação de Colaboradores.

Figura XVII



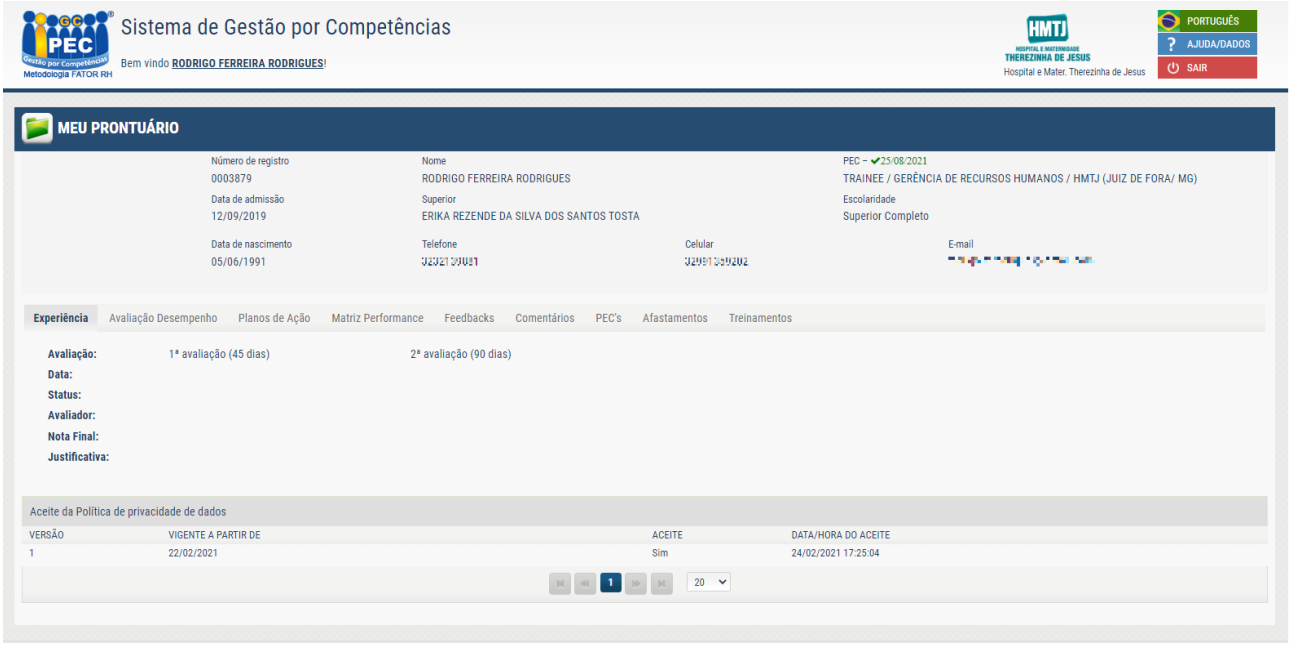
Prontuário

No ícone prontuário o avaliador terá a acesso as todas as suas informações e de seus avaliados.

1) Meu prontuário

Clique no ícone prontuário, clique na opção "Meu prontuário", e clique em uma das opções Avaliação Desempenho, Planos de Ação, Feedbacks, Curso e Eventos e Afastamentos.

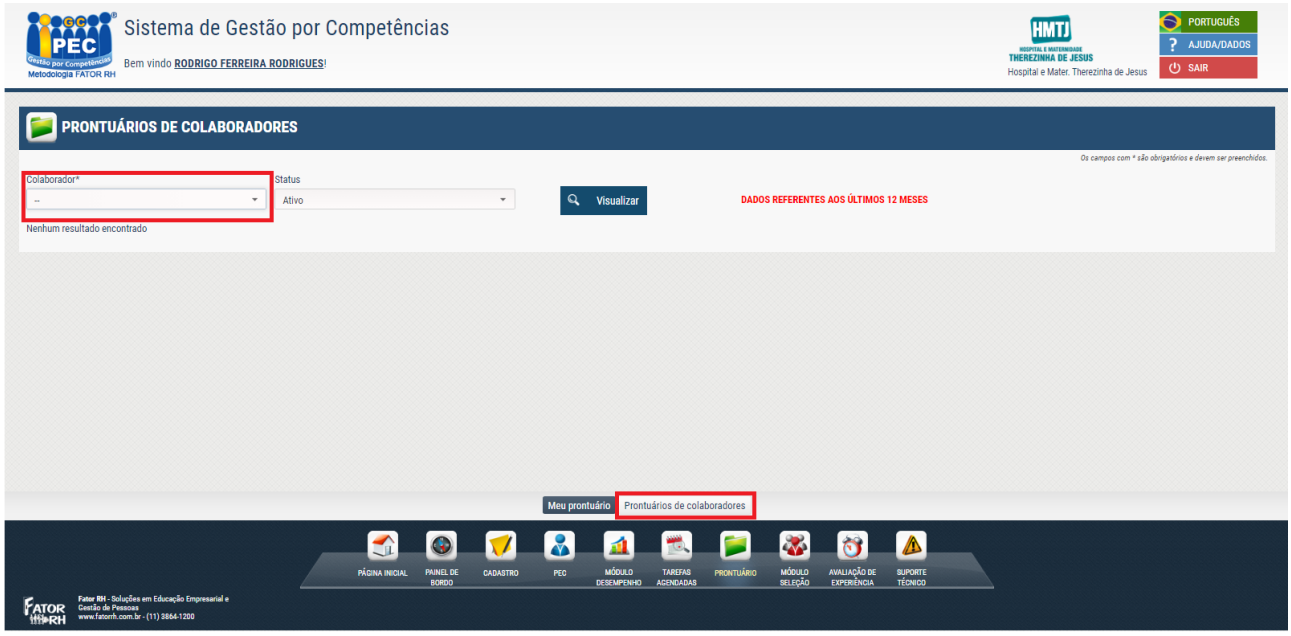
Figura XVIII



2) Prontuário de colaboradores

Clique na opção "Prontuários de colaboradores", escolha no filtro "Colaborador" de qual funcionário deseja visualizar o prontuário, e clique no botão "Visualizar".

Figura XIX



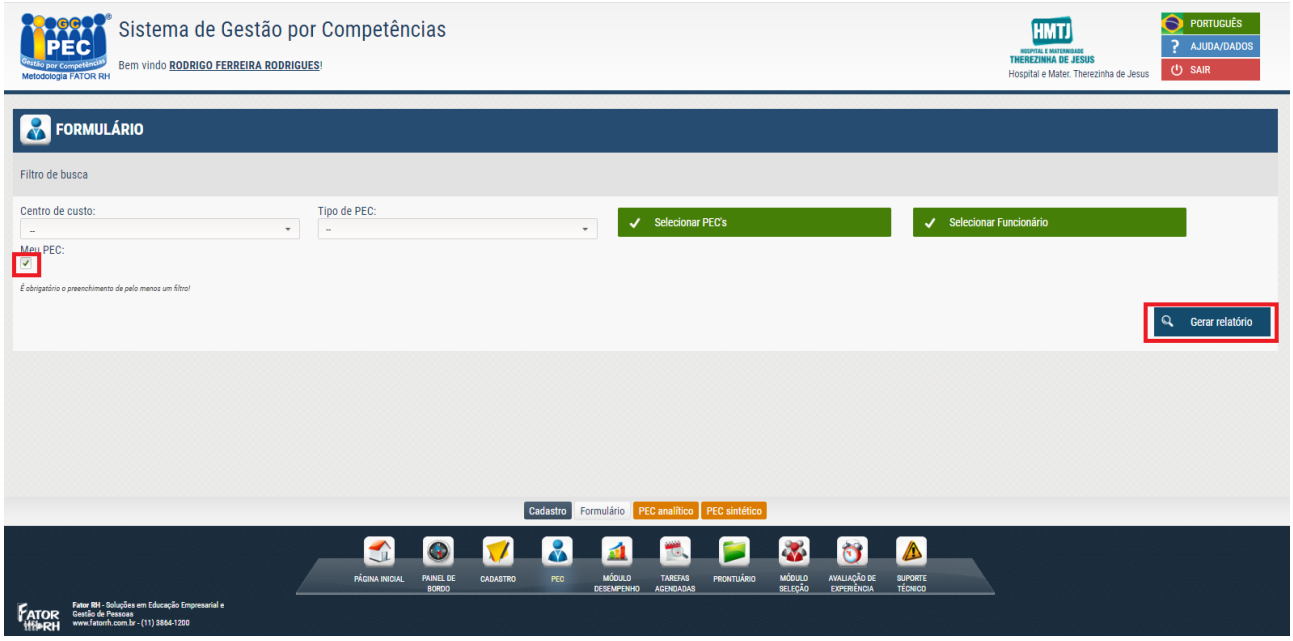
Manual do Avaliado (perfil de colaborador)

PEC

No ícone PEC o colaborador poderá consultar o seu PEC.

Clique em PEC selecione a opção "Meu PEC" e clique em "Gerar Relatório".

Figura XX



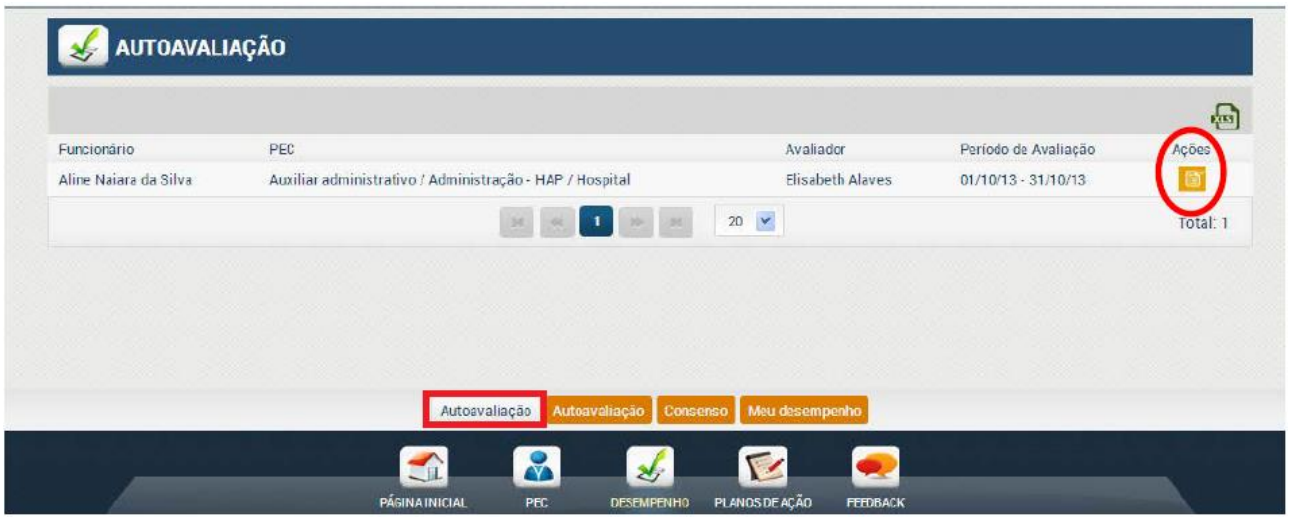
O sistema exibirá o relatório na mesma tela. Se desejar exportar, escolha para qual versão quer exportar e clique no botão verde "Exportar".

Avaliação

Nesse ícone o avaliado poderá realizar a sua autoavaliação.

Para fazer a autoavaliação → O avaliado deve clicar no ícone avaliação, escolher a opção autoavaliação no botão azul na parte inferior da tela e clicar no botão "Ações".

Figura XXI



Iniciando a autoavaliação:

Leia atentamente as informações da tela de avaliação. Na primeira página estão as competências essenciais, ou seja, as competências fundamentais para o exercício do seu cargo. Na segunda página estão as competências complementares, ou seja, as competências de menor impacto em suas atividades.

Atribua as notas desejadas, se a nota atribuída for maior que a nota do PEC, você deverá obrigatoriamente que justificar sua escolha. A nota só será salva depois que a justificativa for preenchida. Se sua nota for igual ou inferior a nota do PEC, a justificativa é opcional. Se o indicador não se aplica ao seu cargo, poderá optar pelo cinza (zero), justificando o motivo de ter invalidado esse indicador.

Para navegar pelas páginas 01 e 02 da sua autoavaliação, utilize os botões "Avançar" e "Voltar".

Após atribuir nota a todos os indicadores, clique em "Concluir". Se desejar somente sair do sistema e concluir a avaliação posteriormente, clique em "Sair" o sistema salvará as notas e as justificativas já atribuídas.

Ao clicar em "Concluir" a avaliação não poderá mais ser alterada.

Figura XXII





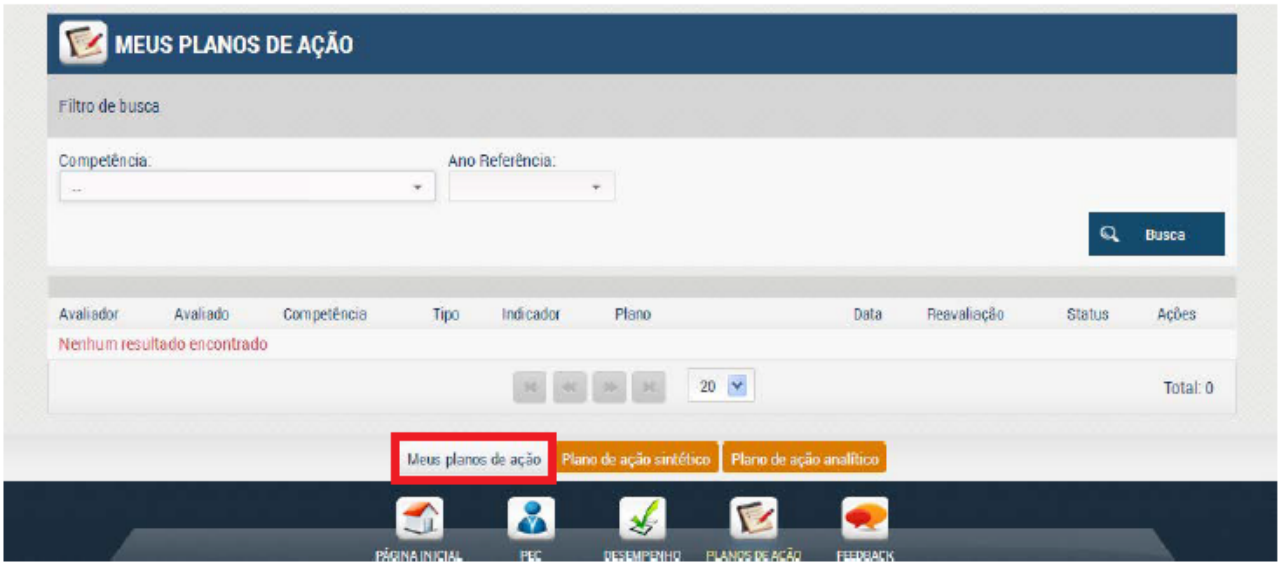
Plano de Ação

Nesse ícone o avaliado poderá consultar os seus planos de ação e os relatórios de plano de ação sintético e analítico.

Clique no ícone Plano de Ação, escolha qual filtro de busca deseja utilizar para visualizar os seus planos de ação e clique no botão "Busca".

Para visualizar os relatórios, clique no relatório que deseja visualizar, selecione um filtro de busca para agilizar a sua escolha e clique em "Gerar relatório".

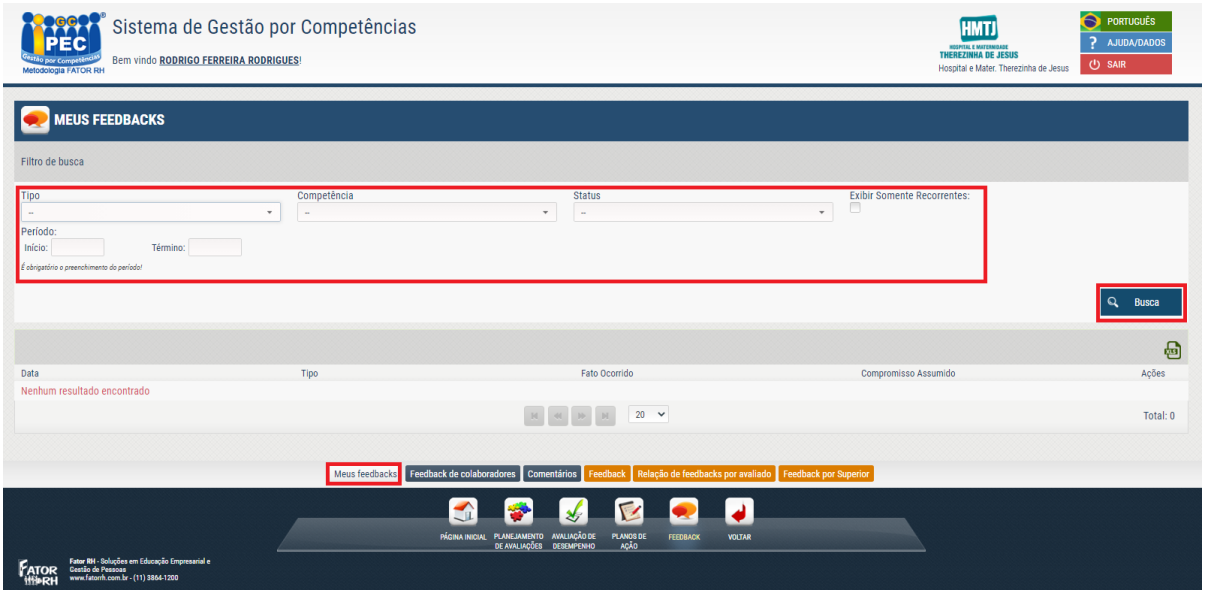
Figura XXIII



Feedback

No ícone Feedback o avaliado poderá consultar os seus Feedbacks. Clique no ícone feedback, escolha o filtro desejado e clique no botão "Busca", aparecerá todos os seus feedbacks recebidos, de acordo com o filtro escolhido.

Figura XXIV





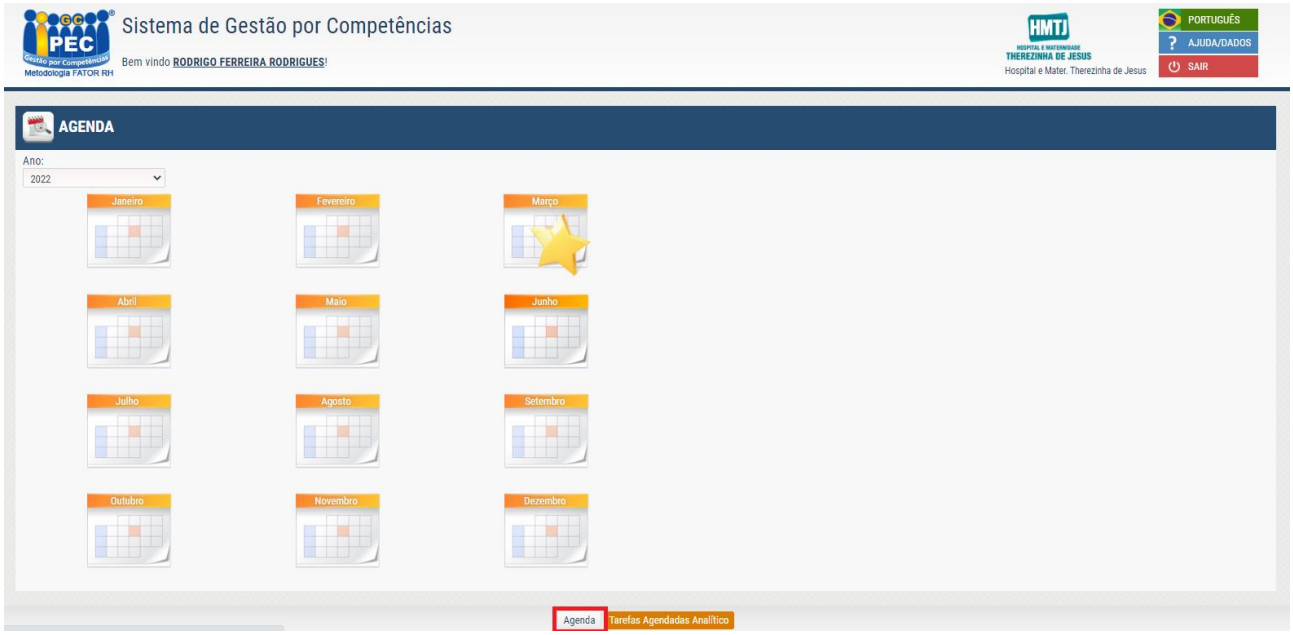
Tarefas agendadas

O ícone Tarefas Agendadas permite ao avaliado visualizar todos os compromissos assumidos em relação ao projeto de Gestão de Pessoas por Competências, reunindo informações de todos os módulos do GCPEC.

Em relação ao Módulo de Desempenho, Tarefas Agendadas exibirá, em forma de calendário, as seguintes tarefas:

- Período de Autoavaliação
- Data de Reavaliação de Plano de Ação próprio

Figura XXV

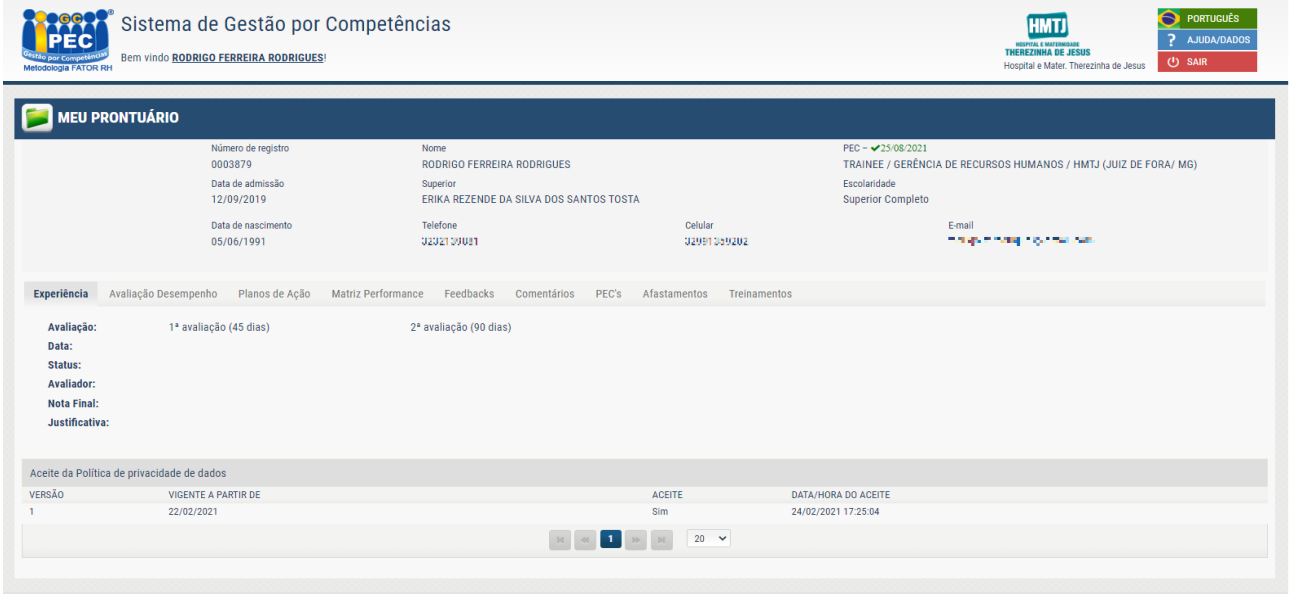


Prontuário

No ícone prontuário o avaliado terá a acesso as todas as suas informações.

Meu Prontuário → Clique no ícone prontuário, clique na opção "Meu prontuário", e clique em uma das opções Avaliação Desempenho, Planos de Ação, Feedbacks, Curso e Eventos e Afastamentos.

Figura XXVI



Nota[9] Os processos relativos a consulta e registro de feedback, comentários e planos de ação, também podem ser feitos por meio do aplicativo "GCPEC" disponível nas plataformas Android e iOS.

1. INDICADORES DE EFETIVIDADE:

I. **Avaliação de Desempenho por Competências (Anual) - Meta: 80%** - dos profissionais com pontuação acima de Bom e 20% como Regular (Oportunidade de melhoria) / Ruim.

II. **Percentual das Atividades de Gestão de Pessoas (Mensal) - Meta: 80% -** nos processos descritos pelo indicador.

III. **Avaliação de experiência dos colaboradores - Meta 100% -** dos profissionais avaliados no período correto.

IV. **Cumprimento dos Planos de ação - Meta 100% -** dos planos de ações dos colaboradores cumpridos.

2. EXCEÇÕES:

Serão encaminhadas ao RH para análise e aprovação junto a Diretoria Administrativa da Entidade.

3. CONTINGÊNCIA:

I. **Não realização da avaliação no período de experiência** → Caso a liderança imediata não realize a avaliação de experiência do colaborador, cabe a mesma a realização de 4 feedbacks (1 para cada competência essencial), afim de apresentar um retorno ao colaborador sobre seu desempenho nas competências essenciais para o desempenho de sua função.

II. **Não realização da avaliação de desempenho anual** → Somente é permitido prorrogar uma avaliação de desempenho uma vez e por 30 dias. Se o consenso não foi concluído e o período se encerrou, todas as avaliações serão excluídas do sistema e o RH programará uma nova data para que o Avaliador e "Avaliado" façam novamente todo o processo de avaliação.

III. **Não cumprimento do plano de ação no prazo** → Para acompanhamento dos planos de ação, o gestor poderá controlar por meio do ícone Plano de ação ou em feedbacks. O RH realiza o controle do cumprimento dos planos de ações, após vencidos os mesmos terão 30 dias corridos, a contar da data de vencimento, para serem atualizados em seu status para Realizado ou Não Cumprido. Após esse prazo, não poderão mais ter seu status alterado. **Observação:** Caso o plano de ação vença, cabe a liderança direta a criação de um feedback ou de elogio ou de orientação, dependendo do desempenho, tendo como fato ocorrido, a descrição do plano de ação e o compromisso assumido a descrição dos fatos para acompanhamento.

4. VIGÊNCIA:

Esse procedimento passa a vigorar a partir da data de sua publicação ou da data de sua última revisão. O mesmo deve ser revisado conforme padronização definido pelo setor de qualidade da instituição, ou sempre que surgirem atualizações nos processos da plataforma GCPEC que impactem os usuários.

V. Siglas e Definições

DP - Departamento pessoal
GCPEC - Sistema de gestão por Competências
PDI - Planos de Desenvolvimento Individuais
PEC - Perfil Estruturado por Competências

RH - Recursos humanos

VI. Anexos

Manual de avaliação avaliador e avaliado

Guia rápido de acesso GCPEC

VII. Referências

Manual de gestão por competências para líderes.

Política de Gestão de Pessoas do HMTJ.

10.2.3: ÁREA DA QUALIDADE TÉCNICA

POLITICA DE RECURSOS HUMANOS

Proposta para estabelecimento de Normas para Seleção de Pessoal, Contrato de Trabalho e Avaliação de Desempenho, sugestão de condutas para combater absenteísmo dos profissionais e estimular produção

I. Objetivos

A Política de Recursos Humanos é um conjunto de orientações, baseadas em crenças e valores, que devem nortear as relações de trabalho, dando sustentação às estratégias institucionais, de forma dinâmica e duradoura, objetivando assegurar a disponibilidade de pessoas qualificadas, saudáveis, seguras, motivadas e satisfeitas, que agreguem valor para os negócios da Entidade. A politica de Recursos Humanos tem como objetivos principais identificar talentos, integrar, capacitar, desenvolver e valorizar os funcionários, a fim de qualificar os serviços prestados pela instituitção.

II. Abrangência

A todos os colaboradores sob o regime CLT ou que estejam em unidades sob gestão da entidade, sejam elas UBS, UPA, hospitais ou outras unidades de saúde, extensível aos parceiros prestadores de serviços setoriais da instituição.

III. Diretrizes

Esta Política deverá ser respeitada em todas as circunstâncias, levando-se em consideração as leis do mercado local, o contexto específico e o bom senso.

Atenta ao caráter dinâmico das Relações Sociais que permeiam e afetam as Relações do Trabalho, a Entidade tem como compromisso a revisão e atualização constante de suas Políticas, adequando-se, sempre que necessário, às transformações que vierem a ocorrer no âmbito político, econômico e social, na busca permanente do equilíbrio entre os interesses dos clientes/pacientes, de seus Colaboradores e da Entidade.

Na Entidade reconhecemos que nossos Colaboradores são a chave do sucesso. Diante disso apresentamos este documento que delimita as diretrizes que funcionam como base para a Gestão de Recursos Humanos em nossas Unidades, dentro de uma postura de respeito aos preceitos constitucionais, legais, ambientais e sociais, através da adoção de políticas permeadas pela ética, transparência e respeito mútuo, que caracterizam as relações de trabalho. Sendo seus compromissos:

Missão

Promover e prestar assistência à saúde com excelência, contemplando programas de ensino e pesquisa.

Visão

Ser referência Nacional, com qualidade na assistência, gestão, ensino e pesquisa.

Valores

- ÉTICA - Agir com integridade, honestidade moral, intelectual e com respeito à legislação vigente sob todos os aspectos.
- QUALIDADE - Alcançar resultados consistentes gerando valor para as partes interessadas.
- HUMANIZAÇÃO - Trabalhar com respeito, equidade e dignidade de forma universal.
- INOVAÇÃO - Buscar continuamente tecnologias e metodologias de trabalho inovadoras.
- SUSTENTABILIDADE - Agir de maneira ambientalmente correta, socialmente justa, economicamente viável, culturalmente aceita e alinhando as ações com os objetivos de desenvolvimento da instituição.

Planejamento e Provisão de Recursos Humanos: a Entidade deve buscar atender, quantitativamente e qualitativamente, as necessidades e exigências institucionais, com pessoas detentoras das competências requeridas pela Entidade e estabelecidas nos perfis dos cargos. A força de trabalho é dimensionada por meio do atendimento a legislações e/ ou de acordo com as necessidades de atendimento e demanda de serviço de cada setor ou ainda conforme definido em contratos de prestação de serviços/ editais de licitação ao qual estipulam quadro de pessoal, quantitativo este estabelecido no Base Zero, de maneira a atender os objetivos estratégicos da Entidade de forma dinâmica e contingencial. Esta é, aliás, a responsabilidade principal de todas as Coordenações: manter em pleno funcionamento os serviços prestados pela instituição.

PEC: As descrições dos cargos são definidas no Perfil Estruturado por Competências (PEC). Este documento contém a nomenclatura do cargo, a unidade a qual se refere, o centro de custo do qual o cargo irá compor, Atividades e Responsabilidades Essenciais do Cargo, Formação necessária, Experiência necessária, Conhecimentos técnicos específicos, Conhecimentos de informática necessários, Competências estabelecidas para o cargo, bem

como os indicadores que servem como um meio verificador da existência das referidas competências.

O documento é utilizado para traçar o perfil profissional nos processos seletivos, bem como servir de base de desenvolvimento profissional almejado. Portanto este perfil é subsídio para a realização das avaliações de feedback, do período de experiência (45 e 90 dias), LNTD e Avaliação anual de Desempenho por Competência.

Recrutamento e Seleção: A política de Recursos Humanos tem como objetivos principais, identificar talentos, integrar, capacitar, desenvolver e valorizar os colaboradores, a fim de qualificar os serviços prestados pela Entidade.

REGULAMENTO DO PROCESSO SELETIVO:

Recrutamento - O recrutamento, que é a captação de candidatos para suprir vagas em aberto ou compor cadastro reserva através da análise curricular, para participação em processos seletivos, tem como fonte principal o sítio eletrônico da Entidade, podendo se estender a outros veículos de comunicação, de acordo com a região, para ampla divulgação tais como: jornais, grupos institucionais, redes sociais, e-mails direcionados a locais de formação de profissionais, SINE entre outros. São utilizados prioritariamente os currículos que estão cadastrados no sistema da instituição, levando em consideração nesta etapa os requisitos pré-estabelecidos no Perfil Estruturado por Competência (PEC), a saber: Formação necessária, Experiência desejável na área, Conhecimentos técnicos específicos e Conhecimentos de informática necessários para o cargo. Vale salientar que todos os candidatos deverão somente ser aceitos para o processo seletivo, pela forma de inscrição estabelecida, orientada e divulgada nestes veículos. Lembrando que a inscrição deve ocorrer no prazo estabelecido para tal.

Seleção – Após análise curricular, os candidatos que estiverem dentro do perfil inicial supracitado, são convocados para realização de avaliação teórica contendo dez (10) questões objetivas relacionadas à área de atuação. O nível de dificuldade das avaliações irá acompanhar a complexidade dos cargos e nível de formação. Será considerado apto o candidato que atingir aproveitamento igual ou superior a 70% no total da avaliação. Salvo exceções de necessidades de fechamento do quadro de forma emergencial sejam elas em implantação de unidades,

número de candidatos no processo insuficientes, desabastecimento ou mesmo de vazios assistenciais que possam prejudicar o funcionamento dos serviços.

Em seguida da etapa de Recrutamento, onde todos os candidatos recebem feedback sobre seu desempenho, aqueles que alcançaram o aproveitamento desejado, serão submetidos à entrevista técnica e comportamental com o Recursos Humanos e o responsável técnico da área, onde serão avaliadas as competências organizacionais, técnicas e as de liderança (quando aplicável), todas descritas no Perfil Estruturado por Competência (PEC):

- As competências Organizacionais são as mesmas para todos os cargos: Humanização, Comprometimento e Ética. O que difere a avaliação entre os cargos, é a priorização hierárquica que cada uma dessas competências vai ocupar por cargo.
- A competência técnica, avaliada pelo responsável técnico da área, leva em consideração a formação, experiência e expertise do candidato para função, por meio de perguntas que buscam justamente locais de atuação profissional do candidato, situações técnicas e comportamentais vivenciadas de acordo com as instituições que o mesmo laborou.
- Para os cargos de liderança (Enfermeiros, Responsáveis Técnicos das áreas, Cargos de Coordenação, Gerência e Direção), são avaliadas além das competências organizacionais e técnica, as competências de liderança (Comunicação, Compromisso com a Qualidade, Planejamento e Resiliência), que também são escalonadas numa ordem de priorização a depender da área de atuação do cargo.

A cada competência o candidato é avaliado como NA (Não Atende), AP (Atende Parcialmente), AT (Atende) e SE (Supera as Expectativas).
A aprovação do candidato nessa etapa é feita de forma subjetiva pela avaliação profissional conjunta da área de Recursos Humanos e a área técnica responsável pelo cargo, levando em consideração se as competências avaliadas estão em sua maioria sendo atendidas ou o perfil do candidato permite o desenvolvimento das mesmas. Dentre as competências apresentadas, não existe sobreposição entre elas.

Os candidatos aprovados, serão convocados para preenchimento das vagas disponíveis. Havendo um número de candidatos aprovados maior que o número de vagas disponíveis, estes

permanecerão em banco reserva que terá a validade de até 90 dias, podendo ser estender por mais 90 dias, se necessário.

Dentre os critérios mais utilizados pelo RH no recrutamento estão: não possuir nenhum outro vínculo trabalhista em escala de diarista ou 12 x 36 (No caso da OSS HMTJ), não utilizar valor de passagem maior do que o permitido pela instituição (2 modais ida e volta) e residir em local de fácil acesso à unidade em questão. Outro ponto a ser observado durante o processo seletivo que o candidato não poderá ter mais de dois vínculos direta ou indiretamente públicos. (Neste ponto, insta salientar a importância de se observar plano de trabalho e editais relacionados sejam eles por meio de convênio de prestação de contas na unidade ou de contratação de serviços).
No intuito de trabalhar a responsabilidade social e tendo como premissa a ideia de desenvolvimento de pessoas, não utilizamos o critério de experiência como habilitação exigida nos processos seletivos. Porém, ressaltamos que caso o candidato aprovado no processo seletivo, sugerimos não assumir serviços noturnos no período de 90 dias, em virtude de um melhor acompanhamento pela coordenação responsável por seu desempenho.

A data limite para realizar a admissão **é o dia 20 de cada mês**, podendo a data de início do candidato, ser superior a esse prazo. Porém as Coordenações devem disponibilizar as solicitações de admissão **até o dia 15 de cada mês**, impreterivelmente. Lembrando, que as admissões devem estar no sistema FLUIG liberadas para o RH com 48 horas de antecedência à admissão.

Os candidatos reprovados e ex colaboradores (desligados sem justa causa, por motivos de redução de quadro, ou que solicitaram demissão, desde que não haja nada que desabone a conduta), poderão participar do processo seletivo 06 meses após a data do ocorrido.

Fica vedada a contratação de cônjuge ou parente até terceiro grau, conforme a determinação de editais de prestação de serviço ao qual o HMTJ esteja sujeito, no intuito de evitar Nepotismo ou glosas futuras

CRITÉRIO DE APROVAÇÃO NO PROCESSO SELETIVO POR COMPETÊNCIA:

01. TRIAGEM CURRICULAR:

Dado avaliado	Critério	Perspectiva de avaliação
PERFIL ESTRUTURADO POR COMPETÊNCIA: De acordo com cada cargo	De acordo com os requisitos anunciados à vaga tais como, formação necessária, Experiência desejável na área, conhecimentos técnicos específicos e conhecimentos de informática necessários	Por meio da utilização de técnicas de análise da leitura, verificação e comparação dos dados inseridos no cadastro pelo candidato em paralelo com os dados necessários à vaga.

02. PROVA TÉCNICA:

Dado avaliado	Critério	Perspectiva de avaliação
PERFIL ESTRUTURADO POR COMPETÊNCIA: De acordo com cada cargo	Por meio de acerto de 70% do total da prova constituída de questões objetivas com notas de 0 ou 10 dadas pela assertividade ao gabarito confeccionados pelos responsáveis técnicos do serviço, podendo ainda ser pontuações quebradas de 1 à 10 em cada	De acordo com o cargo almejado pelo candidato é confeccionada uma prova objetiva com 10 questões específicas da área de atuação que tem como objetivo verificar conhecimentos técnicos, expertise quanto ao desenvolvimento da função e objetivos de atuação do cargo. O nível de dificuldade da prova varia de acordo com a complexidade do cargo e o nível de formação exigido para a função.

03. ENTREVISTA POR COMPETÊNCIA:

Competências avaliadas	Critério	Perspectiva de avaliação

COMPETÊNCIA ORGANIZACIONAL: Humanização	De acordo com o desenvolvimento do candidato frente a entrevistas por competências, **que objetiva compreender os conhecimentos, habilidades e atitudes que a pessoa tem, indo além dos aspectos técnicos**. Essa entrevista foca no comportamento do candidato e no grau de adequação aos valores e cultura da empresa, sendo este avaliado pelas perspectivas: **NÃO ATENDE** **ATENDE**	Por meio da utilização de técnicas de entrevista individual e/ou em grupo e tendo como base situações hipotéticas e/ou relatos do(s) entrevistado(s), será avaliada a capacidade de conhecer o cliente, agir com empatia, valorizando suas necessidades, fornecendo soluções e tratamento que atendam e superem as suas expectativas.
COMPETÊNCIA ORGANIZACIONAL: Comprometimento		Por meio da utilização de técnicas de entrevista individual e/ou em grupo e tendo como base situações hipotéticas e/ou relatos do(s) entrevistado(s), será avaliada a capacidade de assumir a responsabilidade na busca pela resolução de problemas e condução de situações cotidianas, demonstrando interesse, dedicação e
COMPETÊNCIA ORGANIZACIONAL: Ética		Por meio da utilização de técnicas de entrevista individual e/ou em grupo e tendo como base situações hipotéticas e/ou relatos do(s) entrevistado(s), será avaliada a capacidade de agir de forma honesta e respeitosa, na sua conduta pessoal e profissional, com sigilo das informações, discrição nos comentários e coerência nas

COMPETÊNCIA DE LIDERANÇA: Comunicação	**PARCIALMENTE ATENDE** **SUPERA AS EXPECTATIVAS**	Por meio da utilização de técnicas de entrevista individual e/ou em grupo e tendo como base situações hipotéticas e/ou relatos do(s) entrevistado(s), será avaliada a capacidade de expressão verbal de pensamentos e de sentimentos, observado o uso adequado da língua portuguesa, comunicação com pares, comunicação com subordinados e superiores bem como o planejamento da disseminação da cultura de comunicação na equipe e/ ou envolvidos, bem como a habilidade de se expressar e
COMPETÊNCIA DE LIDERANÇA: Resiliência		Por meio da utilização de técnicas de entrevista individual e/ou em grupo e tendo como base situações hipotéticas e/ou relatos do(s) entrevistado(s), será avaliada a capacidade de entender e agir proativamente frente a situações novas, aceitando as mudanças e buscando formas diferentes de obter resultados para as pessoas e também
COMPETÊNCIA DE LIDERANÇA: Compromisso com a qualidade		Por meio da utilização de técnicas de entrevista individual e/ou em grupo e tendo como base situações hipotéticas e/ou relatos do(s) entrevistado(s), será avaliada a capacidade de agir com foco na segurança e na melhoria contínua dentro de seu setor e nas interfaces dos processos, visando a obtenção e manutenção de padrões e

COMPETÊNCIA DE LIDERANÇA: Planejamento		Por meio da utilização de técnicas de entrevista individual e/ou em grupo e tendo como base situações hipotéticas e/ou relatos do(s) entrevistado(s), será avaliada a capacidade de organizar ações de forma a facilitar a execução dos objetivos, estabelecendo metas, prazos e acompanhando sua equipe e seus
COMPETÊNCIA TÉCNICA: Específica de cada função		Por meio da utilização de casos hipotéticos e/ ou perguntas objetivas, será avaliado o conhecimento técnico.
COMPETÊNCIAS OPERACIONAIS: Específicas de cada função		Por meio da utilização de técnicas de entrevista individual e/ou em grupo e tendo como base situações hipotéticas e/ou relatos do(s) entrevistado(s), será avaliada a Capacidade de demonstrar conhecimento, respeitar e cumprir o conjunto de procedimentos, regras, normas e políticas institucionais bem como atendimento as competências operacionais delineadas pelos

PAPEL DOS ENVOLVIDOS NO PROCESSO SELETIVO:

01. LIDERANÇAS/ RESPONSÁVEIS TÉCNICOS DOS SERVIÇOS:

• Emissão de solicitação de vagas ao qual inicia-se por meio da abertura de postos de trabalho, sejam elas estipulados no base zero (implantação de unidade, substituição de colaboradores afastados ou desligados) ou necessidades sazonais de aumento por novas demandas ou cobertura de férias. Salienta que o RH, como forma de atuar de maneira

estratégica ou mesmo proativa quanto ao tempo de preenchimento de vagas, poderá realizar ainda quadro reserva para as funções da unidade, seja este solicitado pela liderança ou mesmo por meio da identificação do próprio setor de Gestão de Pessoas;

• Subsidiar a equipe de Gestão de Pessoas com informações especificas sobre o perfil ou atividade da posição solicitada;

• Participar do processo de seleção, sempre que solicitado;

• Avaliar tecnicamente os candidatos;

• Entrevistar os candidatos finalistas e emitir parecer final do processo para equipe de Gestão de Pessoas;

• Sinalizar ao RH tanto pontos fortes quanto oportunidades de melhoria relativas ao candidato;

• Acompanhar processo de admissão de candidatos bem como avalia-los quanto a efetividade dos pontos encontrados na seleção em seu respectivo período de experiência.

02. PROFISSIONAL DE RECURSOS HUMANOS:

• Iniciar o Processo de Seleção após validação da disponibilidade da vaga na Instituição;

• Garantir a ampla divulgação e publicidade das posições abertas;

• Agir ativamente na busca de candidatos com o perfil da posição;

• Orientar os candidatos durante o processo de seleção;

• Elaborar avaliação comportamental dos candidatos;

• Apoiar no processo de avaliação técnica do candidato;

• Coordenar agenda e efetividade do processo de seleção;

• Comunicar aprovação e reprovação dos candidatos;

• Indicar candidato aprovado para avaliação/ validação da Medicina do Trabalho;

• Agendar data de Coleta de documentos para admissão;

• Receber e avaliar os documentos necessários para admissão do candidato aprovado no processo seletivo;

• Informar ao gestor se o candidato entregou todos os documentos e está apto a iniciar as atividades;

• Agendar data de início e integração do candidato aprovado, comunicando posteriormente à área solicitante da vaga.

03. PROFISSIONAL DO SESMT:

• Avaliar cartão de vacinas do candidato;
• Marcar consulta do candidato na medicina do trabalho e comunicar o setor de RH;
• Avaliar física e/ ou clinicamente o candidato aprovado no processo de acordo com o Programa de Controle Médico e Saúde Ocupacional - PCMSO;
• Emitir o Atestado de Saúde Ocupacional – ASO do candidato e entregar ao RH para admissão;
• Sinalizar ao setor de RH diante de qualquer intercorrência que impossibilite ou atrase o processo de contratação do candidato;
• Realizar entrega de EPI conforme atuação do cargo e definidos pelo PPRA.

1.1 - Generalidades.

Os colaboradores que executam atividades que afetam nos processos e na Qualidade dos serviços da Entidade são capacitados para a função, conforme requisitos definidos na Estrutura Organizacional, considerando o perfil necessário de acordo com os PEC'S.

A Entidade atua com o recrutamento interno e entre unidades, **visando à valorização profissional e a retenção de talentos**, recrutamento externo e o misto, e em todos os meios de recrutamento são utilizados critérios descritos no PEC. Nos casos de recrutamento interno e entre unidades, o colaborador deverá ter mais de seis (6) meses de admissão, conter as necessidades exigidas para o cargo e **não ter sanções administrativas nos últimos 03 meses.**

Atualização de documentos: Após a admissão, conforme definido em contrato de trabalho, fica acondicionado que o profissional admitido deverá comunicar qualquer atualização de seus dados pessoais e profissionais a entidade relacionados aos seus documentos de admissão, sendo de sua inteira responsabilidade a entrega formal de documentação atualizada ao RH da unidade. Todavia, o setor de RH, caso ache interessante, poderá disponibilizar o formulário PRS HMTJ 047_Anexo 45_Atualização de Documentos aos colaboradores anualmente como forma preventiva de captação de informações atualizadas para regularização no sistema de registro.

Referência: PRS HMTJ 047 - Recrutamento, seleção, admissão e demissão de pessoal.

Integração, Gestão de Desempenho e Desenvolvimento dos talentos organizacionais: Todos os novos colaboradores deverão ser integrados em seu primeiro dia de trabalho, ou salvo exceções, em até o 35° dias contados da sua admissão, caso isso não ocorra este será automaticamente desligado pelo RH da unidade no seu primeiro período de 45 dias. O mesmo receberá este comunicado da obrigatoriedade da integração e sua liderança incumbida de receber colaborador capacitado na integração ou encaminhá-lo para tal finalidade em casos pendentes por alguma excepcionalidade.

O treinamento de integração tem por finalidade ambientar o colaborador sobre normas e políticas institucionais, baseadas no Regimento Interno do Comitê de Recepção, bem como conscientizá-los sobre a cultura organizacional, seus direitos e deveres enquanto funcionário. Neste mesmo momento é assinado a CTPS do colaborador, contrato de Trabalho, Tremo de ciência do Manual de Normas, Condutas e Ética, e outros formulários relativos ao jogo admissional. Após estes treinamentos, o RH apresenta a unidade ao novo colaborador e o encaminha a sua liderança.

Durante o período funcional do colaborador na Entidade, algumas ferramentas serão disponibilizadas para os gestores a fim de apoiá-los na gestão de pessoas que lhes compete. A primeira delas é o **TBI** (**Treinamento Básico Introdutório)** que garantirá o compartilhamento de informações e conhecimentos com o novo colaborador no que diz respeito às suas funções e a unidade em que ele atua.

Avaliações no período de experiência de 90 dias, também serão utilizadas e divididas em dois momentos **(45 + 45)**, e por meio destas estará sendo avaliada as competências descritas no PEC. Ao término de cada período, o gestor poderá optar por não continuar com esse colaborador, nos casos em que não atender os requisitos solicitados nessas avaliações ou ter cometido falta (s) gravíssima (s). Após esse período ficará entendido pelo RH, que esse colaborador atendeu os requisitos básicos para a vaga e o seu desligamento posterior só poderá ser solicitado nos casos de atos graves, ou por uma sucessão de faltas leves sendo todas estas respaldadas por medidas administrativas (advertência e suspensão) e intervenções do RH. O gestor deverá utilizar o sistema GCEPC para realizar o registro de todo o histórico do

colaborador realizando feedbacks e comentários para que o RH possa acompanhar e validar o pedido de desligamento.

Observação: Durante a avaliação de experiência, as oportunidades de melhoria deverão ser realizadas por meio de feedback de orientação ao colaborador. E acompanhadas durante este período para decisão de efetivação ou não da vaga.

As medidas administrativas bem como a ação do RH através das intervenções, estarão disponíveis aos gestores como forma de reter talentos e não causar grandes oscilações no turnover e no absenteísmo.

Fica aqui determinado à aplicação de advertência para o colaborador que faltar sem justificativa comprovada formalmente por meio de documento legal aceito pela CLT. E fica orientado a utilização da ferramenta de intervenção do RH para os casos que o gestor julgar necessário. Através das intervenções e ações conjuntas do RH com o gestor da área, poderão ser feitas algumas mudanças em relação ao horário e escala do colaborador conforme consenso entre as partes no intuito de estabelecer uma melhor ação que minimize ou sane a possibilidade de absenteísmo do mesmo, desde que esta não cause impacto negativo na área.

Gestão do Treinamento e Desenvolvimento: A gestão de RH apoia a implementação das ferramentas necessárias e incentiva as próprias Coordenações a prepararem os recursos necessários para o desenvolvimento contínuo das pessoas e da Entidade. As Coordenações são responsáveis por orientar e fazerem os treinamentos com seus Colaboradores, de forma que estes possam ter sucesso nas suas funções.

A gestão de RH e as Coordenações trabalham em conjunto para assegurar que o desempenho dos Colaboradores seja gerido com integridade, sendo estes avaliados ao longo do ano, através de ferramentas e processos, tais como a Avaliação do Período de Experiência de 45 e 90 dias, Pós Admissão e da Avaliação de Desempenho por Competências (ADC), realizada anualmente.

Gerir o desempenho do colaborador com base nas competências definidas para o cargo que o mesmo ocupa, cria a oportunidade de trabalhar os pontos de melhoria a fim de aumentar a

sua performance, de ressaltar seus pontos de destaque através da valorização deste profissional, e fornecer ao gestor subsídio para efetuar desligamentos nos casos em que não for possível manter o colaborador por falta de adequação nas melhorias propostas.

Com este pensamento, os colaboradores devem receber regularmente *feedbacks* relativos aos seus desempenhos através da ferramenta GCPEC, sendo estes apoiados pela sua Coordenação quanto à sua responsabilidade pelo próprio desenvolvimento profissional. Na Entidade as promoções e oportunidades de carreiras são baseadas nesse desempenho, sendo este sustentado pelos resultados, comportamentos e potenciais de cada colaborador. Enfatiza-se assim a retenção de talentos e a motivação dos colaboradores por um futuro melhor na instituição.

A Entidade oferece, quando possível, convênios/ parcerias com instituições de ensino como forma de retenção de talentos, valorização e desenvolvimento profissional. Contamos ainda com um setor/ núcleo (de acordo com a unidade) responsável por questões de educação continuada. Buscamos fazer parcerias com empresas que sejam benéficas para os nossos colaboradores.

Referência: PRS HMTJ 045 - Gestão de Treinamento e Desenvolvimento de Pessoal.

Adicionalmente a este **PRS HMTJ 045**, existe o programa de incentivo a especialização de seus profissionais através da Concessão de Bolsa de Estudo de Pós-Graduação na Universidade da Mantenedora, Faculdade SUPREMA em Juiz de Fora.

Retenção de Talentos: Como continuidade dos processos de gestão de pessoas estabelecidos por esta instituição, entende-se que tão importante quanto ter as competências definidas para um cargo, realizar um processo de recrutamento e seleção com base nessas competências tentando extrair do mercado de trabalho a mão de obra que mais se aproxima do perfil desejado pela Entidade, se faz necessário reter esse talento.

Para o alcance desse objetivo, a Entidade além de priorizar a questão das capacitações e do acompanhamento deste colaborador por meio das avaliações de desempenho que fomentam a cultura de Feedback, buscamos sempre estender esses horizontes. Isso é feito por meio da

oferta de benefícios, dentro das possibilidades da instituição, da escuta direta do colaborador através da Pesquisa de Clima Organizacional, que é usada como base para traçar ações de melhorias no que diz respeito ao bem-estar do colaborador em seu ambiente de trabalho, e da priorização dos processos seletivos internos que oferecem a possibilidade de crescimento e desenvolvimento profissional.

Referência: PRS HMTJ 189 - Concessão e manutenção para bolsa de estudo.

Ainda, adicionalmente a este **PRS HMTJ 045**, existem Programas de Liderança que ajudam a desenvolver e a manter uma gestão mais qualificada, na busca de líderes comprometidos com o incremento de resultados, que saibam atuar de forma integrada com todos os parceiros da Entidade, que estimulem constantemente o crescimento de suas equipes, sejam proativos e inovadores e proporcionem um clima organizacional de alto desempenho.

Referência: PRS HMTJ 052 - Programa de desenvolvimento de lideranças.

Lideranças em cargos de Responsabilidade Técnica de categorias profissionais: A Responsabilidade Técnica é o dever de responder pelos atos profissionais quanto à aplicação técnica da ciência da Administração, em conformidade com os princípios éticos e com a legislação vigente. Baseando-se nesta premissa, a liderança que compõe o quadro da instituição em função de RT, tem o dever de zelar por este processo, sendo este o elo entre a entidade e a categoria profissional, obedecendo suas respectivas normas. Cabe a este profissional o monitoramento da aptidão dos profissionais para desenvolvimento de suas respectivas funções logo após sua admissão bem como anualmente, obedecendo a data base e limite de atualização dos registros profissionais, a verificação de conformidade para atuação laboral dos funcionários sobre sua responsabilidade, solicitando a estes sua anuidade e relatório de nada consta que deverá ser direcionada para guarda em suas respectivas fichas de registro.

Regimento Interno: Em complemento a isto, é cobrado das categorias de classe (corpo clínico, enfermagem, farmácia, fonoaudiologia, fisioterapia, psicologia, nutrição, serviço social), a elaboração e/ ou revisão dos regimentos internos, conforme padronização de atualização de documentos definido pelo setor de qualidade da instituição, ou sempre que houver necessidade de alteração, sejam elas por novas unidades ou serviços que impactem a atividade.

Após a elaboração dos regimentos, são cobradas as lideranças a comunicação de envio do regimento ao seu respectivo conselho, para que o mesmo tenha ciência ou valide o regimento em uso pela classe profissional na instituição, que também deve ser enviado para aprovação do RH posteriormente. Após estas aprovações/ validações, deverá dar ciência deste documento ao corpo técnico funcional pertencentes ao quadro profissional, seja por meio de ata de reunião ou mesmo registro de treinamento, se assim o gestor julgar necessário. Lembrando que ambos os documentos deverão ser entregues no setor de RH para arquivo ou compilação juntamente com os comprovantes da validação do Conselhos das categorias profissionais.

Referência: Regimentos internos das categorias profissionais

Cargos, Remuneração e Benefícios: a Entidade remunera e beneficia seus colaboradores de forma compatível à média do mercado da região, de acordo com as atividades exercidas, o desempenho e a competência profissional, de forma a atrair, reter e valorizar sua força de trabalho. Outros aspectos são igualmente importantes na intenção de atrair novos talentos e manter os atuais Colaboradores: a confiança que os Colaboradores colocam no nome da Entidade, as relações estabelecidas com as Coordenações e os colegas de trabalho e as oportunidades de aprendizagem e crescimento.

Referência: PRS HMTJ 046 Cargos, Remuneração e Benefícios.

Valorização o capital humano: considerando que **o Clima Organizacional** é a percepção coletiva que os colaboradores têm de práticas, políticas e valores organizacionais e também os níveis de motivação e credibilidade existentes, a Entidade, acredita na alta relação entre clima, satisfação no trabalho, qualidade, desempenho das pessoas e consequente aumento da produtividade. Através desta ferramenta gerencial que permite, além de mapear o ambiente da organização, a proposição de planos de ação para melhorias da produtividade, das relações de trabalho, do bem-estar e da qualidade de vida dos seus colaboradores.

Referência: PRS HMTJ 187 Gestão do Clima Organizacional.

Comunicação de Recursos Humanos: a Entidade busca promover a comunicação de assuntos relativos a recursos humanos, através da veiculação ágil, objetiva, clara, dirigida e eficaz de informações, buscando constituir uma base de confiança, transparência e

credibilidade que permita fortalecer o relacionamento entre a Entidade e os colaboradores, alinhando-os às diretrizes e estratégias empresariais.

Referência: PRS HMTJ 188 Comunicação de Recursos Humanos.

Processos de gestão por competência GCPEC: Com a adoção efetiva da dos processos de Gestão por Competências na instituição por meio da plataforma GCPEC, se fez necessário a criação de um procedimento específico que contemplasse todo o processo de avaliação, tanto para o avaliador, como para o avaliado, apresentando as ferramentas, dessa forma, a finalidade deste documento é apresentar os processos relativos a gestão por competências, bem como o software de gestão GCPEC implantado na instituição.

PRS HMTJ 263 Processos de gestão por competência GCPEC

Visando facilitar o entendimento de nossos colaboradores quanto a política de Gestão de Pessoas, a Entidade desenvolveu o **Manual de Normas, Condutas e Ética**, que compõe esta Política Institucional, que visa promover e estimular o comportamento ético na cultura organizacional, bem como estabelecer e manter relacionamentos de confiança, embasados em princípios e valores vigentes, norteadores de todos os processos e práticas de gestão, sintonizado com os demais códigos de ética específicos a cada categoria profissional, regimento interno e as políticas adotadas por ela. Sendo assim, todos os colaboradores e médicos da Entidade e os prestadores de serviços de qualquer natureza devem se comprometer a seguir este Código de Normas, Conduta e Ética, tanto no ambiente de saúde, como nos eventos de qualquer natureza, promovidos ou patrocinados por esta.

Sempre que surgirem dúvidas ou alguns pontos que se fizerem necessários esclarecer nesta Política Institucional, bem como sobre o seu cumprimento, deverão procurar orientação quanto à conduta correta, uma vez que, esta Política e seu Código apresentam situações vivenciadas no cotidiano da Entidade, mas sem prever todas as situações que eventualmente possam surgir.

A Diretoria da Entidade está aberta a sugestões, denúncias e críticas construtivas, que visem ao aprimoramento dos serviços da Instituição e das relações de trabalho dentro dela.

A Entidade conta com um setor Jurídico que visa esclarecer e orientar as Gestões quanto a dúvidas jurídicas práticas do dia a dia.

Discriminação: A entidade prima por um ambiente de trabalho positivo, baseado em nosso valores e boas condutas profissionais e pessoais e entende que este ambiente saudável no dia a dia é fundamental para o sucesso de qualquer negócio. Porém, toda instituição tem pessoas de diversas origens sociais, raciais e culturais, que não têm muito em comum além do fato de trabalharem juntas. Essas diferenças podem gerar situações de conflito na equipe ou até **discriminação no ambiente de trabalho.**

Será considerado como discriminação no ambiente de trabalho qualquer distinção no tratamento ou nas oportunidades dadas a um colaborador por motivos não relacionados ao seu desempenho profissional. Segundo a Constituição brasileira, todos são iguais perante à Lei, o que garante a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade e à segurança.
Neste mesmo pensamento, a entidade caracterizará como discriminação quando essa inviolabilidade for desrespeitada, indo de encontro aos princípios constitucionais e institucionais. Sendo considerado atos de preconceito quando infringirem situações de desrespeito para:

- nacionalidade;
- raça;
- gênero;
- Orietação sexual;
- estado civil;
- religião;
- classe social.

Para tal, o RH estimula suas lideranças e colaboradores para a construção de um ambiente de trabalho e transformar o respeito às diferenças em uma prioridade em nossa cultura organizacional, promovendo assim um tratamento igualitário e inclusivo a todos os colaboradores, seja qual for:

- o cargo;

- a cor;
- a orientação sexual;
- o gênero;
- as escolhas pessoais de cada um.

São primordiais neste ambiente, relações com empatia e senso de colaboração, que devem estar presentes em todos os processos da organização, a fim de reforçar e institucionalizar esse comportamento nos colaboradores em geral.

Bullying: Bullying é um conjunto de atos contínuos e intencionais de violência física, verbal ou virtual, que têm como objetivo desmoralizar, ofender e/ ou isolar uma pessoa. Vítimas têm a saúde mental e até física prejudicada, equipes veem sua performance ruir e empresas perdem talentos por causa dessa prática. Além disso, o comportamento pode se enquadrar na definição de assédio moral, culminando em possíveis processos contra a instituição.

O bullying fica caracterizado quando há intimidação contínua, ou seja, vários episódios de piadas, fofocas, isolamento e/ou ameaças a um colaborador.

A Lei nº 13.185 afirma que a prática pode ser classificada em oito tipos:

- Verbal: insultar, xingar e apelidar pejorativamente;
- Moral: difamar, caluniar, disseminar rumores;
- Sexual: assediar, induzir e/ou abusar;
- Social: ignorar, isolar e excluir;
- Psicológica: perseguir, amedrontar, aterrorizar, intimidar, dominar, manipular, chantagear e infernizar;
- Física: socar, chutar, bater;
- Material: furtar, roubar, destruir pertences de outrem;
- Virtual: depreciar, enviar mensagens intrusivas da intimidade, enviar ou adulterar fotos e dados pessoais que resultem em sofrimento ou com o intuito de criar meios de constrangimento psicológico e social.

Assédio Moral: Segundo definição desta cartilha do Ministério Público Federal (MPF): "O assédio moral caracteriza-se pela exposição dos trabalhadores a situações humilhantes e constrangedoras, de forma repetitiva e prolongada no tempo, no exercício de suas funções."

Ofensas ao trabalho ou vida pessoal, medidas infundadas de isolamento, gritos e ameaças são exemplos de manifestação do assédio moral.

Geralmente, essa conduta é praticada por superiores, que se aproveitam de sua posição privilegiada para humilhar, ridicularizar e/ou isolar um ou mais subordinados.

Porém, também pode ocorrer o assédio horizontal (entre colegas do mesmo nível hierárquico), misto (praticado por gestor e colegas, de forma simultânea) ou até partindo de um subordinado para uma chefia.

Violência no ambiente de trabalho: A violência no local de trabalho pode ser descrita como qualquer ação, incidente ou comportamento apresentado que esteja fora dos padrões aceitáveis como conduta normal, onde o trabalhador, durante o seu trabalho ou como resultado direto do mesmo, é assaltado, ameaçado, ferido ou injuriado. É qualquer ato em que uma pessoa é abusada, ameaçada, intimidada ou agredida em seu emprego. Embora as definições exatas possam variar de acordo com a lei, em geral a violência no local de trabalho tem as seguintes características:

- **Comportamento ameaçador** – como sacudir os punhos, destruir propriedades ou atirar objetos.
- **Ameaças verbais ou escritas** – qualquer expressão que demonstre intenção de causar danos.
- **Assédio** – qualquer comportamento que humilhe, embarace, irrite, alarme ou agrida verbalmente o outro que não seja esperado. Isso inclui palavras, gestos, intimidação e outras atividades inapropriadas.
- **Abuso verbal** – xingamentos, insultos ou linguagem condescendente.
- **Ataques físicos** – bater, empurrar, chutar entre outras agressões físicas.

Tratativas adotadas quando identificados possíveis casos de discriminação, bulling, violência e/ ou agressão:

Mesmo prevalecendo a tomada de medidas preventivas e estimuladas na instituição, podem ocorrer caso de denúncia ou mesmo de necessidade de investigação. Para tal, o HMTJ adota as seguintes premissas, tais como:

- **Preservação da identidade dos envolvidos**: O anonimato dos envolvidos deve ser preservado, a fim de evitar que o caso se torne alvo de especulações dos outros funcionários ou seja prejudicado ou mesmo perseguido;

- **Checagem dos fatos**: Ao receber uma denúncia de discriminação no ambiente de trabalho, é fundamental fazer uma investigação minuciosa dos fatos e do que realmente ocorreu. Converse com a vítima, com o acusado e com possíveis testemunhas, dependendo do caso descrito. Quanto mais informação a empresa tiver em mãos, mais fácil será determinar se a situação caracteriza ou não discriminação no ambiente de trabalho.

- **Consulta a Legislação**: Antes de decidir qual atitude vai tomar perante os fatos, consulte o que diz a Constituição. A Lei 9.029/1995 veda "qualquer prática discriminatória e limitativa para efeito de acesso à relação de trabalho, ou de sua manutenção, por motivo de sexo, origem, raça, cor, estado civil, situação familiar, deficiência, reabilitação profissional, idade, entre outros".

  O racismo, por exemplo, é considerado crime inafiançável e imprescritível. Já com relação ao preconceito com mulheres no mercado de trabalho, a Lei proíbe a exigência de testes de fertilidade ou gravidez, assim como a indução à esterilização.

  Outro ponto de atenção a ficar atento, diz respeito a desligar um funcionário por razões discriminatórias, ao qual podem exigir a **reintegração do profissional com ressarcimento integral** dos valores relativos ao tempo em que ele ficou parado. Outra consequência pode ser o pagamento o dobro da remuneração do período de afastamento.

- **Apoio emocional e legal à vítima**: O apoio do RH e dos gestores é fundamental para que a pessoa discriminada se sinta acolhida e tenha mais tranquilidade para enfrentar o problema sem medo de retaliações. O jurídico poderá ser acionado para prestar consultoria caso seja necessário. Além disso, é necessário ficar atento aos efeitos **emocionais e psicológicos** que a situação causou à pessoa, tomando as atitudes necessárias para preservar a sua saúde mental.

  A Instituição compreende que o recurso humano é a fonte principal e mais importante para todo e qualquer processo, inclusive essencial para o cumprimento da sua missão e visão. São os colaboradores os verdadeiros responsáveis por prestar à sociedade de forma excelente, uma assistência humanizada e de qualidade a que todo cidadão tem direito.

Para tal, é necessário entender que esse corpo funcional é formado por pessoas com as mais diversas características, com objetivos pessoais, histórias e perspectivas diferentes. Entende-se então que é de suma importância fazer com que essas pessoas tenham condições de atuarem com total plenitude, com seus direitos garantidos, bem orientadas dos seus deveres, com acompanhamentos para seus devidos desenvolvimentos e melhor desempenho em suas funções, e também com uma boa saúde.

Buscando minimizar esse reflexo, a instituição possui um protocolo de apoio e acolhimento emocional, a fim de que o colaborador não consiga alcançar um nível irreversível ou de difícil reversão e grandes sequelas no âmbito da saúde mental. Sendo assim, a partir desse protocolo o colaborador encontrará um ambiente seguro e acolhedor, onde poderá ser ouvido, orientado e devidamente atendido quando sentir tal necessidade. Esse protocolo é iniciado pelo acolhimento do RH, que identificando a necessidade, encaminha esse colaborador para Saúde Ocupacional a fim de que seja inserido no programa de qualidade de vida, tendo um acompanhamento especializado.

- **Aplicação de punição adequada ao agressor**: Após investigar e apurar os fatos, a instituição poderá punir o agressor por meio de advertência, suspensão ou, se houver reincidência, demissão por justa causa, após orientação jurídica e da Direção sobre os pontos encontrados.

Sanções Administrativas: Medidas administrativas que devem ser utilizadas para conscientização do colaborador em decorrência do não cumprimento de normas e políticas bem como em caso em que este esteja face a denegrir a imagem da instituição. São elas:

Advertência: Utilizamos essa medida administrativa, de maneira verbal ou escrita, como forma de sinalizar o colaborador sobre alguma conduta que não esteja adequada com as normas e políticas apregoadas pela Entidade. Em hipótese nenhuma essa ferramenta deverá ser utilizada como forma de punir ou coagir o colaborador pelo ato cometido, e sim para disseminar uma cultura justa baseada nos valores da Entidade e na política de gestão de pessoas.

OBSERVAÇÃO: MAS AFINAL O QUE É CULTURA JUSTA?

Independentemente da capacidade e experiência, qualquer colaborador é passível de errar. Faz parte da natureza humana. Por esta razão, é necessário conscientizar os profissionais e prepará-los para reduzir estes erros e a lidar com eles caso ocorram.

A diretriz institucional "Cultura Justa" de que equilibra as necessidades de notificações abertas e honestas dos colaboradores com um ambiente de aprendizado sobre qualidade e cultura.

Esta prática promove a mudança de foco: dos erros e efeitos para um sistema que projeta e gerencia o comportamento e as ações dos profissionais. Trata-se de ir além da criação de um ambiente confortável para que eles se sintam livres para reportar eventos adversos ou incidente mas que promove consciência dos profissionais para a importância destes relatos, visando a melhoria dos processos, por meio de:

- Constante preocupação com a possibilidade de erro;

- Respeito à expertise independentemente da patente ou status;
- Habilidade de adaptação, quando necessário;
- Habilidade de concentração em uma tarefa e visão sistêmica;
- Habilidade de alterar e nivelar a hierarquia para encaixar-se em situações específicas.

A Cultura Justa extermina a abordagem punitiva e o sentimento de culpa. Com esta prática em vigor, ocorre:

- Aumento da segurança do paciente;
- Empoderamento dos colaboradores;
- Engajamento dos colaboradores;
- Redução de riscos, incidentes e eventos adversos;
- Redução da morbimortalidade;
- Treinamento e melhor preparo dos profissionais para lidar com erros;
- Promoção de mudanças (nos pontos críticos apontados) visando melhorias;
- Promoção de trabalho multidisciplinar;
- Melhora da comunicação interna.
- Comprometimento organizacional de recursos para tratar de questões de segurança
- Reconhecimento da natureza de alto risco das atividades realizadas pela organização, com a determinação de se alcançar operações consistentemente seguras
- Um ambiente sem culpa onde os indivíduos são capazes de relatar erros ou quase acidentes sem medo de repreensão ou punição

Melhorar a cultura da segurança na saúde é essencial para prevenir ou reduzir os erros e melhorar a qualidade geral dos cuidados. Estudos documentaram uma variação considerável nas percepções da cultura de segurança entre organizações. Enfermeiros têm constantemente reclamado da falta de um ambiente sem culpa, e os prestadores de todos os níveis observaram problemas com o compromisso organizacional para se estabelecer uma cultura de segurança.

As razões de uma cultura subdesenvolvida de segurança em saúde são complexas: falta de trabalho em equipe, comunicação frágil, uma "cultura de baixas expectativas" e hierarquia/ autoridade.

Conseguir melhorias sustentadas na cultura de segurança pode ser difícil. Medidas específicas, como treinamento em equipe, rounds de pessoal executivo nas áreas assistenciais e criação de equipes de segurança baseadas em unidades, foram associadas a melhorias nas medidas de cultura de segurança, mas ainda não associadas a menores taxas de erro. Outros métodos, tais como Times de Resposta Rápida e métodos de comunicação estruturados, como o SBAR, estão sendo amplamente implementados para ajudar a abordar questões culturais como hierarquias rígidas e problemas de comunicação, mas seu efeito na cultura geral de segurança e nas taxas de erro permanece não comprovado.

A cultura da culpa do indivíduo (e não do sistema) nos cuidados de saúde prejudica o avanço de uma cultura de segurança. Vale lembrar que certos erros exigem responsabilidade. Em um esforço para conciliar as duas necessidades de falta de culpa e apropriada responsabilização, o conceito de "cultura justa" está sendo introduzido.

Uma cultura justa visa identificar e abordar problemas de sistemas que levam os indivíduos a se envolver em comportamentos inseguros, mantendo a responsabilidade individual e estabelecendo tolerância zero para o comportamento imprudente. Ele distingue entre erro humano (por exemplo, deslizes), comportamento de risco (por exemplo, tomar atalhos) e comportamento imprudente (por exemplo, ignorar os passos de segurança exigidos), em contraste com uma abordagem abrangente de simplesmente "não culpar". Em uma cultura justa, a resposta a um erro ou falha próxima é baseada no tipo de comportamento associado ao erro, e não na gravidade do evento. Por exemplo, comportamento imprudente, como recusar-se a realizar uma checagem de segurança antes da cirurgia, mereceria ação punitiva, mesmo se os pacientes não tivessem sido prejudicados.

Segunda Vítima:

Quando um erro resulta em dano ao paciente é comum que as instituições de saúde adotem medidas para prestar assistência a esse paciente e seus familiares. No entanto, muitas vezes o(s) profissional(is) de saúde envolvido nesse erro, embora vivencie uma experiência de angústia e sofrimento, não recebe suporte da instituição.

A expressão "segunda vítima" (sendo a primeira o paciente e/ou sua família) é utilizada para se referir ao profissional de saúde que vivencia algum dano emocional ou sofrimento em

função do envolvimento de um erro com dano ao paciente. Estima-se que até 50% dos profissionais de saúde que vivenciaram a experiência de "segunda vítima" sofreram alguma síndrome ao longo de suas carreiras.

Diante desta ótica e visando sempre trabalhar a cultura justa, foi criado o protocolo de atendimento a segunda vítima, no intuito de definir abordagem aos profissionais envolvidos em eventos adversos.

Referência: PRS HMTJ 270 – Protocolo de Atendimento à Segunda Vítima

O papel da Liderança:

A liderança organizacional deve estar profundamente envolvida e atenta às questões que os trabalhadores da linha de frente enfrentam, compreendendo a "cultura oculta" que muitas vezes orienta o comportamento. Muitos determinantes da cultura de segurança dependem das relações interprofissionais e de outras circunstâncias locais.

Mediante esta preocupação o RH sugere sempre além da averiguação e análise dos fatos, o fomento a cultura de aprendizagem nestas situações, ao qual dentre as oportunidades de melhoria identificadas sejam aproveitadas como forma de fortalecimento da barreira seja por capacitações das equipes de trabalho, seja por feedback seja pelo desenvolvimento estratégico e de gestão de processos nestas falhas.

Suspensão: A suspensão visa disciplinar, resgatar o comportamento do empregado conforme as exigências da empresa. Ela pode ocorrer após advertências ou até mesmo logo após o cometimento de uma falta de maior relevância. Esta falta terá que ser bastante grave, pois haverá prejuízo ao colaborador e à Entidade.

Haverá prejuízo salarial ao colaborador uma vez que ele perde a remuneração correspondente aos dias de suspensão e a do descanso semanal remunerado correspondente, pois se trata de falta injustificada; e à Entidade, no que diz respeito à prestação dos serviços.

Através da suspensão a Entidade poderá justificar futuramente uma eventual rescisão por justa causa, em razão dos atos reincidentes e graves praticados pelo colaborador mesmo tendo sido advertido e suspenso. Outras medidas cabíveis são os registros de: **feedback de orientação** relativa a situações ao qual não cabem uma sanção administrativa mas trazem oportunidades de melhoria, descrição de atos ou condutas falhas do colaborador que trazem algum prejuízo a gestão ou ao setor. Ou ainda, **o feedback de elogio**, que visa valorizar por meio da descrição de bons feitos ou situações de satisfação quanto atuação dos nossos colaboradores. Ambos registros devem ser realizados pelo GCPEC, o gestor tem a opção de registrar o feedback comparado a uma competência atribuída ao PEC do colaborador.

Prestação de Contas: Mensalmente as unidades deverão se reunir com a alta direção para apresentação de seus indicadores, PDCA's, evoluções, e ações de melhorias contínuas além de discutir assuntos que sejam pertinentes a manutenção dos serviços prestados por elas. Em relação ao Entidade/MG essa prestação de contas será feita pelo setor de RH, que apresentará seus indicadores e planos de ação visando a melhoria na gestão de pessoas, processos e resultados.

Mudança de escala permanente: diarista para plantão (ou vive versa) - pode ser feito apenas com o livre consentimento do colaborador, expressado através de carta de próprio punho.

Mudança de escala permanente: Plantão SD1 para SD2 ou plantão par para plantão ímpar (por exemplo) – pode ser feito sem consentimento do colaborador. O mesmo deverá ser comunicado, via termo formal, com 30 (trinta) dias de antecedência sobre essa troca. Além de assinar o termo**,** ele deverá fazer um documento de próprio punho na data da comunicação dizendo ter ciência dessa troca que ocorrerá após 30 (trinta) dias.

Troca de Turno - pode ser feito apenas com o livre consentimento do colaborador, expressado através de carta de próprio punho. Nos casos onde a troca for de noturno para diurno, o colaborador deve acrescentar na carta a ciência da perda do adicional noturno.

Mudança de setor - se a função contratada for genérica, o gestor pode trocar o colaborador de setor com ou sem seu consentimento desde que essa mudança não traga prejuízos para o

serviço nem para o colaborador. Uma observação a ser feita, com relação a área assistencial (enfermagem e médico), o colaborador que pertencer a uma unidade considerada como fechada não poderá ser transferido para uma unidade aberta, uma vez que o valor recebido na primeira é maior. Nos casos de transferência de unidade aberta para fechada, deve ser observado se o colaborador possui a especialidade exigida para este setor.

Troca entre Unidades - somente poderão trocar de unidades uma vez que haja vaga disponível e de comum acordo entre as partes envolvidas, tendo como premissa a autorização do gestor responsável.
OBS: Todas as Mudanças acima citadas devem vir acompanhas do documento de MP devidamente preenchido e assinada.

No caso de **Jovem Aprendiz e Estagiário** não é permitido a troca de horário e setor, devido ao contrato educacional com a instituição responsável. Cabe ressaltar que o **Jovem Aprendiz e Estagiário** não pode ficar exposto em setor de atendimento ao público, serviço de rua, setores insalubres e afins. Por esse motivo a contratação deles já é direcionada para setores aptos de atuação. Essa definição é feita pela gerência de RH da Entidade em conjunto com as coordenações de RH.

PJ: Esta modalidade é permitida apenas para categoria médica, na qual todo o processo é realizado entre o setor de contratos, coordenação de serviço da unidade e a empresa prestadora de serviço, atendendo todas as exigências legais de contratação. Os profissionais PJ's deverão cumprir todas as normativas definidas para os colaboradores celetistas no que tange à habilitação necessária para o cargo e avaliações funcionais.
RPA: Modalidade utilizada para categoria médica, e para casos de extrema necessidade em outras categorias desde que autorizada previamente pela alta direção da Entidade.

Vestimenta apropriada / Uniforme: A Entidade deverá fornecer o crachá e o uniforme ao novo colaborador, que deverá se responsabilizar pelo uso adequado, guarda e devolução do mesmo. Nos casos de falta de uniforme, o colaborador deverá preferencialmente utilizar a vestimenta sinalizada no Manual de Normas e Condutas, de acordo com a função ou a qual tenha sido orientado pela sua liderança ou o setor de RH.

Aniversariantes do mês: Com a finalidade de prestigiar os nossos colaboradores e trabalhar o clima interno, a Entidade institui a Felicitação destes por meio de comunicados expostos em murais contendo nome, setor e data de aniversário, além da confraternização realizada na última sexta do mês.

Contrato de Trabalho e CTPS: Após o colaborador entregar seus documentos para admissão com 48h de antecedência, é confeccionado seu contrato de trabalho ao qual deve ser assinado antes do início das suas atividades laborais, bem como cadastrar seu ponto biométrico e assinar sua CTPS, que é devolvida no mesmo dia. Será sinalizado ao novo colaborador, a necessidade de comparecer ao SESMT para retirar o EPI (quando houver necessidade) e receber o treinamento obrigatório. No que diz respeito à modalidade de contrato, os mesmo podem ser indeterminados sendo iniciado por um período de experiência de 45 dias +45 dias, ou determinado, e essa definição será de acordo com a necessidade do serviço e interesse da instituição.

Base Zero/ Aumento de Quadro: O RH realiza esta análise crítica em relação ao dimensionamento da unidade, juntamente com o setor de custos, alta direção da Entidade e direção da unidade, atendendo a critérios não só quanto a perfil epidemiológico da população, as exigências legais, bem como demanda, com relação a questões orçamentárias que atendam ao repasse da SES. Quanto ao dimensionamento de equipe, realizamos esse controle através de nossa Planilha Gerencial de Indicadores de Eficácia do RH e valores definidos pelo setor de custo por meio do Base Zero.

Feriados: Funcionários Plantonistas deverão seguir a escala de trabalho, normalmente; Funcionários Administrativos (Diaristas) deverão ser liberados em dias de feriado oficializados em calendário da Entidade. Quanto aos feriados que caírem nas terças e quintas serão avaliados pela Gerência/Coordenação Administrativa, a liberação ou não da dispensa laborativa, mantendo como critério a necessidade de funcionamento do setor, uma vez que não será permitido a interrupção de nenhum serviço por este motivo. Poderá ser utilizado, para organização dessas liberações, o calendário de recesso disponibilizado pelo setor de RH no início de cada ano vigente. Lembrando que essas folgas de recesso deverão ser pagas ou descontadas por meio do Banco de Horas dentro do período de ponto vigente, bem como, acordado entre liderança e colaborador.

Aumento e/ ou Redução de Carga Horária: Os aumentos e reduções de carga horária deverão respeitar o instituído pelo Base Zero, e devem ser informados ao RH, por meio da Movimentação de Pessoal via FLUIG e carta de próprio punho do colaborador anexada a solicitação, até o dia 05 de cada mês. As documentações que não chegarem até esta data, ou chegarem incompletas serão devolvidos quando necessário e computadas apenas para o mês seguinte. Cabe lembrar que em ambos os casos, estes devem conter assinatura da Coordenação.

Remanejamento de Colaboradores (entre setores): Informamos que em casos de necessidade a fim de dar continuidade ao serviço prestado pela unidade, o colaborador poderá ser remanejado de setor temporariamente para cumprir funções compatíveis com suas atribuições/função conforme descrito em contrato de trabalho.

Dissídio (Suspensão de Demissão no Período): Durante a Data Base dos Sindicatos, fica estabelecido que esta terminantemente proibida as demissões no período de 2 (dois) meses que antecede a data base de cada categoria conforme legislação nº7238/84, no seu artigo 9º. Isto por que é necessário considerar o Aviso Prévio projetado no caso de demissão por aviso indenizado, e o Aviso Prévio trabalhado deverá terminar antes dos 30 (trinta) dias que antecede a correção salarial.

A gerência de RH irá comunicar à direção das unidades através do RH Informa, a tabela indicando os meses de dissídio de cada categoria, bem como sinalizar esse tempo de suspensão das possíveis demissões.

Referência: Manual de Normas, Condutas e Ética do Colaborador.

Qualidade:

- AUDITORIAS (ONA e 5S) - Qualidade
- ACAD - Qualidade
- INDICADORES - Qualidade
- SIGQUALI - Qualidade

Referência: Política da Qualidade.

Segurança, Saúde e Bem-Estar: a Entidade entende que para ser a "Melhor Gestora Hospitalar do Brasil", precisa buscar, continuamente, a segurança de seus Colaboradores e clientes. Por isso estabeleceu princípios que constituem a sua Política de Segurança, Saúde e Bem-estar através do SESMT. Acreditamos que todas as relações devem ser baseadas na confiança e no respeito pelos Colaboradores. Não toleramos qualquer forma de assédio ou discriminação. Assim, as Coordenações estão empenhadas em construir e manter, junto com suas equipes um ambiente de confiança mútua onde prezamos o diálogo e onde a voz do colaborador é realmente "ouvida".

- DESVIO DE FUNÇÃO
- LTCAT
- INSALUBRIDADE
- EPI
- ACIDENTE DE TRABALHO
- PREVENÇÃO DE INCÊNDIO
- EXAME PERIÓDICO E ASOS
- SIPAT/ CIPA - SESMT
- PPRA / PCMSO
- NR32
- VERACIDADE DE ATESTADO

Referência: Política do SESMT.

DP:

- RECADASTRAMENTO FUNCIONAL - (Residência, Certificações e Anuidades) - DP
- LICENÇAS - (Maternidade, Paternidade, INSS, ENEM, Eleição, Funcionário Internado)
- BANCO DE HORAS / PLANTÃO PAGO (NÃO PODE) - DP
- PONTO BIOMÉTRICO - DP (regularidade de batidas e atrasos)
- ASSIDUIDADE - DP
- ATESTADOS (para acompanhar pais maiores de 65 e filhos menores de 14 anos; Atestado de comparecimento; Atestado de óbito; Atestado médico; (DP)
- VT - DP
- FOLHA DE PAGAMENTO - (Datas - DP)
- HOMOLOGAÇÕES (UNIDADE E SINDICATO) - (Controles e regras - DP)
- RECLAMAÇÃO DE PAGAMENTO - (DP)

- CONTRIBUIÇÃO SINDICAL - DP
- FÉRIAS - DP
- JUSTA CAUSA - Casos Graves, texto Jurídico.
- DISPENSA PARA PROVAS ACADÊMICAS E CONCURSOS - Não autorizado. Texto Jurídico
- ABANDONO DE EMPREGO - DP
- ENVIO DE TELEGRAMAS (OUTRAS SITUAÇÕES) - DP
- FALTA POR CONVOCAÇÃO DO JUDICIÁRIO - DP
- ATIPICIDADE - DP
- FUNCIONÁRIO FALECIDO - DP
- ABANDONO DE PLANTÃO - DP
- HORA EXTRA - DP
- DISPENSA CONVOCAÇÕES MILITARES - DP/jurídico
- TROCA PROVISÓRIA DE PLANTÃO – DP - somente dia com dia e noite com noite.

Referência: Política do DP.

Responsabilidades

Alçadas	Nível Hierárquico
• Decidir sobre as propostas de alteração fora desta política, ou as que, nas áreas subordinadas diretamente não obtiverem consenso.	Diretoria Entidade
• Propor alterações e em conformidade com o que se encontra dentro desta política, em consenso com a área solicitante. • Transmitir aos colaboradores os planos dos superiores, coordenando as ações e orientando os colaboradores.	Gerência RH
• Propor alterações e em conformidade com o que se encontra dentro desta política, em consenso com a área de RH. • Transmitir aos colaboradores os planos dos superiores, coordenando as ações e orientando os colaboradores.	CSC - Setores: DP, Contratos, Controladoria e TI
• Garantir o cumprimento da Legislação Trabalhista Brasileira, Política e Procedimentos Internos;	Alta Direção e Coordenações - Unidades

• Orientar, divulgar e praticar a Política Institucional de Gestão de Pessoas; • Solicitar a Gestão do CSC RH a análise dos pedidos, justificando as necessidades e objetivos; • Estabelecer e cumprir metas e orçamentos máximos a serem atingidos; • Transmitir aos colaboradores os planos dos superiores, coordenando as ações e orientando os colaboradores.	
• Cumprir os requisitos internos da Entidade, administrativos e do sistema de gestão da qualidade.	Colaboradores

Contingências

1. **Descrição de Cargos de forma inadequada (atividade, competência e atualização):** Na ocorrência de um evento adverso, processos administrativos ou judiciais relacionados a descrição de cargos e competências, reavaliar definição do PEC visando melhor atendimentos a normativas relacionadas às funções mencionadas, por meio da readequação ou mesmo criação de um do cargo que melhor atenda a necessidade da Entidade.
2. **Preenchimento incorreto da Requisição de Pessoal:** Solicitar novo preenchimento para correção/ adequação as necessidades do documento estabelecido na política do RH, do qual fará que o processo de contratação fique embargado até a resolução do documento. Salvo exceções de vazios assistenciais autorizados pela Direção em prol da necessidade da Entidade.
3. **Falta de Candidato:** Verificar possibilidade de existência de um melhor canal de captação de candidatos pelas regiões próximas a Entidade no intuito de resolução da lacuna de colaborador. Estabelecer com a Direção, plano de ação que vise atender necessidade esporádica até que se finalize a contratação deste profissional.
4. **Triagem inadequada de currículo:** No caso de triagens onde o candidato não tenha sido selecionado, refazer triagem visando organizar processo de acordo com os requisitos estabelecidos no PEC do cargo. Em casos de candidatos que já estejam em processo de seleção, verificar caso junto à Coordenação e se necessário finalizar processo seletivo com o mesmo, orientando-o sobre indicação de seus currículos a outros processos seletivos ou mesmos a outras áreas da instituição.

5. **Não apresentação de documentos pré-requisitados:** Não apresentação de documentos pré-requisitados: Devido a este fato, o candidato não poderá ser contratado até a entrega completa dos mesmos. Salvo exceção, por autorização da Direção em casos de vazios assistenciais em prol da necessidade da Entidade.
6. **Aumento de demanda, absenteísmo e Turnover (dificuldade no recrutamento e Seleção para composição do quadro de profissionais do setor)**: Nos casos de aumento de demanda da entidade, ausência de profissionais na escala por motivo de falta (justificada ou injustificada) ou dificuldade de candidatos devida a especificidades do perfil para o cargo ou admissões que não possam ser feitas devido estarem fora do prazo e período de cálculo para fechamento da folha de pagamento pelo DP, orientamos as lideranças que estas façam redivisão de suas equipes de trabalho visando redistribuir as tarefas do setor, priorizando as de maior gravidade e impacto na instituição e/ ou clientes (segurança e grau de dependência); remanejamento de colaboradores de outras áreas para esta cobertura (desde que obedecidas os parâmetros da atuação profissional contidos no PEC/ CBO além de análise de produtividade nos casos administrativos e de ocupação/ atendimentos nos casos assistenciais); verificação com a Direção e do orçamento financeiro praticado na unidade além da verificação de permissão do contrato/ contratante conveniado e por último a opção de pagamento de hora extra visando manter quantitativo mínimo para funcionamento do setor, desde que obedecidas as legislações trabalhistas seja de banco de horas, seja de descanso intrajornada ou carga máxima de trabalho. Além do plano de contingência, com intenção de estimular a assiduidade do colaborador, bem como sua participação nas atividades propostas para a função, a instituição atua com feedbacks constantes visando melhoria do clima interno, ajustes de comportamento, coleta de sugestões dos colaboradores para melhoria do serviço fazendo com que façam parte dos objetivos institucionais, promoção de capacitações com foco no desempenho das competências do colaborador para realização da atividade, e ações internas do RH através de calendário comemorativo e indicações de conteúdos que proporcionem valor ao ser humano e crescimento profissional.

7. **Processo de seleção para vagas emergenciais**: Visando manter assistência ou processo adequados de funcionamento nos setores, em casos em que não houve como realizar remanejo interno de colaboradores que atendam perfil e necessidades do cargo, situações de quadro de vagas com quadro mínimo de colaboradores ou com dificuldades

momentâneas na captação de profissionais, diante da realização de processos seletivos ao qual os candidatos não alcancem nota mínima preconizada na prova, poderá ser alterada ponto de corte visando não ocorrer desabastecimento no setor ou grande agravo ao processo de trabalho, desde que devidamente autorizados pela Coordenação/ Gerência de RH ou Direção em comum acordo com os profissionais citados anteriormente;

8. **Ausência de Registro do Histórico Profissional (Seleção interna):** Verificação com gestor imediato atual por meio de uma declaração escrita onde este descreverá a performance do colaborador, com indicação ou não para apresentação do processo seletivo.
9. **Seleção Inadequada do Candidato (caso não apresente as competências necessárias a função e sem definição do gestor da área):** Colaborador deverá ser desligado dentro do período de experiência. Ou após passagem deste tempo e em caso de impossibilidade, verificado a indicação para área de melhor aproveitamento de seu perfil.
10. **Elaboração da Avaliação de Desempenho Inadequada (alinhamento das competências e abrangência da instituição):** Refazer avaliação de desempenho de acordo com mapa estratégico da Entidade alinhando com cargos e competências necessárias para desenvolvimento das atividades institucionais dos mesmos com gestores imediatos e Direção.
11. **Realização da Avaliação de Desempenho Inadequada:** Reavaliação de maneira íntegra, com os dados necessários e solicitados no alinhamento do PEC, sempre com intuito do desenvolvimento e melhor capacitação dos colaboradores da Entidade.
12. **Atraso na realização dos procedimentos de treinamento e desenvolvimento:** Realização de treinamento em tempo hábil visando atender as necessidades de capacitação e desenvolvimento da equipe de colaboradores ou em caso de impossibilidade em tempo promissor a data informada, reavaliar cronograma com gestor visando novo agendamento do treinamento.
13. **Realização da Avaliação de Desempenho de 45 dias + TBI e 90 dias Inadequada:** De maneira preventiva, o Coordenador será comunicado do período em que deverá realizar a avaliação, porém na ausência desta, o colaborador recém integrado será desligado da entidade no intuito de não prejudicar nem onerar de maneira financeira posteriormente a Entidade. Em casos de justificativas desta não realização por meios de algum evento adverso na Gestão do setor, será analisado pelo RH e Direção conduta que poderá ser adotada. Avaliação de desempenho 90 dias: idem acima

14. **Realização da Pesquisa de Clima Organizacional não realizada:** Na ausência da Realização da pesquisa de acordo com cronograma estabelecido pelo RH da entidade por alguma eventualidade, pontuar por meio de um relatório manifestações do clima institucional para a alta Direção da Entidade justificando impossibilidade de ocorrência desta pesquisa bem como acordar melhor período para novo agendamento de aplicação da mesma.
15. **Ausência ou Erro de Comunicação:** A comunicação na entidade deve ser estabelecida de maneira clara e idônea informando e orientando aos colaboradores. Diante de alguma falha na mesma, será feita uma retratação em forma de errata ressaltando a informação a ser corrigida a todos os colaboradores para um melhor entendimento. Se necessário, verificar comunicação *in loco* ou pessoalmente com colaboradores em casos pontuais para amenizar situações de sinistros que podem ocorrer ou mesmo de erros advindos desta comunicação. Lembrando sempre de primar pela integridade da entidade e seus canais de comunicação com seus públicos alvos;
16. **Implantação em unidades que contemplem profissionais de carreira no município ou estado (cedidos),** a política deverá ser aplicada aos mesmos de acordo com plano de trabalho da unidade, respeitando preceitos estabelecidos a estes colaboradores bem como normativas já regulamentada relativos ao tipo de vínculo junto aos órgãos competentes. Havendo possibilidade e disponibilidade, na aquisição de novas unidades e absorção profissionais de carreira no município ou estado (cedidos), estes devem passar por uma avaliação de conhecimento e experiência de atuação no referido cargo, de acordo com diretrizes e perfil estabelecidos na Descrição de Cargos e Competências institucionais, para facilitar alocação nos quadros funcionais da unidade, aproveitando desta forma os colaboradores por meio do seu potencial profissional. Lembrando que todas as práticas de avaliação, treinamento e capacitação deverão ser desenvolvidas com os mesmos.
17. **Adequação dos processos frente a uma pandemia ou outro tipo de calamidade:** Diante dessas situações os fluxos de alguns processos podem ser alterados e/ ou adequados, no intuito de garantir a segurança de todos os envolvidos no processo.

IV. Siglas e Definições

Gestão de pessoas ou administração de recursos humanos: É uma associação de habilidades e métodos, políticas, técnicas e práticas definidas com objetivo de administrar os comportamentos internos e potencializar o capital humano.

Abrange atividades relacionadas à instituição e coordenação das ações relativas ao planejamento de recursos humanos, condições de trabalho, saúde, segurança e desenvolvimento das pessoas (Manual ONA versão 2010).

- **PRS**: Procedimento Sistêmico
- **POP**: Procedimento Operacional Padrão
- **RH:** Recursos Humanos
- **SESMT:** Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho
- **PCO:** Pesquisa de Clima Organizacional
- **ADC:** Avaliação de Desempenho por Competência - É a identificação, mensuração e administração do desempenho humano na Entidade.
- **PCS:** Programa de Cargos e Salários
- **T&D:** Treinamento e Desenvolvimento de Pessoal
- **R&S:** Recrutamento e Seleção de Pessoal
- **PEC:** Perfil Estruturado por Competências
- **GCPEC:** Gestão por Competências - É o Software utilizado para gestão a competência
- **Cargo:** para efeito do enquadramento no Plano de Cargos e Salários, é o conjunto de funções exercidas pelo seu ocupante de mesma característica e idênticas quanto à natureza das tarefas executadas. Todos os cargos do Plano de Cargos e Salários terão uma definição própria.
- **Competências:** conjunto de **conhecimentos, habilidades e atitudes** necessárias para a pessoa exercer seu trabalho e, por outro lado, a entrega do conhecimento tácito para a instituição. Os saberes que compõem as competências têm conteúdo subjetivo, individual, e são desenvolvidos, construídos e apreendidos ao longo da vida profissional do colaborador. O desenvolvimento de competências, por meio, dentre outros, do treinamento, é condição imprescindível para que se atinjam os resultados organizacionais.
- **Gestão de pessoas ou administração de recursos humanos**: É uma associação de habilidades e métodos, políticas, técnicas e práticas definidas com objetivo de administrar os comportamentos internos e potencializar o capital humano.
- Abrange atividades relacionadas à instituição e coordenação das ações relativas ao planejamento de recursos humanos, condições de trabalho, saúde, segurança e desenvolvimento das pessoas (Manual ONA versão 2010).

- **Seleção:** Descobrir as pessoas que interessam à instituição, aquelas mais adequadas ao trabalho, que possuem as características requeridas, como capacidade cognitiva, criatividade, motivação individual, e capacidade de trabalhar em equipe.
- **Socialização:** É o processo de inserir o trabalhador no lugar em que sua contribuição para a instituição seja a mais substantiva, respeitando interesses das pessoas e da instituição.
- **Treinamento:** É o processo de desenvolver habilidades e competências que cada área ou colaborador precisa desenvolver. Cabe a Entidade fornecer os recursos adequados e criar um ambiente que estimule e promovam os valores relacionados ao crescimento pessoal e do conjunto dos trabalhadores. Com o treinamento visa-se desenvolver as habilidades técnica, humana e conceitual.
- **Desenvolvimento:** É o processo de longo prazo para aperfeiçoar as capacidades e motivações dos colaboradores a fim de torná-los futuros membros valiosos da Entidade. O desenvolvimento inclui não apenas o treinamento, mas também a carreira e outras experiências.
- **Educação Continuada:** É a educação que visa ampliar, desenvolver e aperfeiçoar a pessoa para seu crescimento profissional, focalizando, geralmente, os cargos a serem ocupados futuramente na Entidade e as novas habilidades e capacidades que serão requeridas.

V. Documentos de Referência ao Atendimento às Diretrizes

PRS HMTJ 045 - Gestão de Treinamento e Desenvolvimento de Pessoal
PRS HMTJ 046 - Cargos, Remuneração e Benefícios
PRS HMTJ 047 - Recrutamento, Seleção, Admissão e Demissão de Pessoal
PRS HMTJ 052 - Programa de desenvolvimento de lideranças
PRS HMTJ 164 - Cadastro de Advertência no RM *Vitae*
PRS HMTJ 172 - Realização de Avaliação de Desempenho Período de Experiência
PRS HMTJ 187 - Gestão de Clima Organizacional
PRS HMTJ 188 - Comunicação de Recursos Humanos
PRS HMTJ 263 - Processos de gestão por competência GCPEC

VI. Indicadores - Efetividade

ESTRATÉGICO	APLICAÇÃO	META
Turnover Global	Mensal	2,0%

Absenteísmo Global	Mensal	2,0%
% Colaboradores Capacitados Global	Mensal	80%
TÁTICO	**APLICAÇÃO**	**META**
Adesão aos Processos de Gestão de RH	Mensal	100%
Cargos de Liderança capacitados Com os dados coletados de avaliação de eficácia de cada treinamento, deverão ser compiladas as avaliações de todos os treinamentos realizados.	Anual	80%
Demais cargos capacitados (Com os dados coletados de avaliação de eficácia de cada treinamento deve ser compilada as avaliações de todos os treinamentos realizados.	Mensal	80%
Número de homem/hora treinamento – HHTM Representa a média das horas de treinamento recebidas por colaborador. ***Cálculo:*** *volume de homem/hora treinado / número ativos no período = média de treinamento no período H.H.T.* ***Exemplo:*** *digamos que sua instituição realizou apenas 2 treinamentos no ano, um de 12h e outro de 1h.* *Então o* ***volume de homem/hora treinado*** *foi de 12 + 1 = 13h homem/hora é* ***dividido pelo número de ativos no período.*** Representa a média das horas de treinamento recebidas por colaborador. Um item importante a ser considerado é que deve ser utilizada a unidade horas para cálculo e lançamento dos indicadores. A fração de hora, ou seja, os minutos devem ser convertidos, aplicando-se regra de três. Exemplo: Se o indicador alcançar 2h20min, NÃO pode lançar no Sigquali 2,20 (está errado). O	Mensal	01:00:00

correto é transformar os 20min em horas. Então serão 2,33h, pois 20/60 é 0,33. Sendo assim, será lançado no Sigquali 2,33h.		
Adesão ao treinamento de integração	Mensal	100%
Avaliação de Desempenho por Competências	Anual	80% dos profissionais com pontuação acima de Bom e 10% como Regular.
Satisfação Pesquisa de Clima Organizacional	Anual	70%
OPERACIONAL	**APLICAÇÃO**	**META**
Tempo de preenchimento de vaga	Mensal	10 dias úteis
% Entrevistas de Desligamento no mês	Mensal	100%
Avaliação 45 dias	Mensal	100%
Avaliação 90 dias	Mensal	100%
Tempo Permanência Média do Colaborador	Mensal	2,5 (anos)

I. Objetivo

Apoiar e dar suporte aos processos de captação e seleção de pessoas, utilizando como base informações definidas em nosso PEC, visando identificar o candidato ideal para uma vaga, percebendo se os valores deste colaborador estão compatíveis com os valores e cultura do Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus, por meio da definição de etapas e recursos técnicos a serem utilizados no processo de Recrutamento e Seleção com base na aplicabilidade da Política de Gestão de Pessoas, tem por alicerce, princípios constitucionais de legalidade, impessoalidade, moralidade e publicidade, portanto aplicada a todos os colaboradores da instituição. Em suma, implantar Política de Gestão de Pessoas, atendendo a legislação vigente e responsabilizando-se pela contratação de recursos humanos qualificados, com habilitação técnica e legal, com quantitativo compatível para o perfil da unidade e os serviços a serem prestados.

II. Materiais

Computador, Sistema RM Gestão de Pessoas, Sistema SIGQUALI, FLUIG e GCPEC, Formulários próprios.

III. Abrangência

O procedimento é aplicável a toda Entidade.

IV. Descrição dos passos da atividade

DIRETRIZES:

1. DEFINIÇÃO:

Contratação de profissional para compor o Quadro de Pessoal das Filiais da Entidade observados os critérios e requisitos estabelecidos no processo de

recrutamento e seleção.

Numa Organização Social de Saúde onde todos os recursos financeiros têm que ser geridos com o rigor, o planejamento de Recursos Humanos é imprescindível, como vista a fazer coincidir o número certo de trabalhadores, detentores das competências adequadas de acordo com o C.H.A. (Competências, Habilidades e Atitudes) definidos para cada cargo, com os objetivos, estratégias e valores definidos pela Entidade.

Conhecimento (Saber): conhecimentos adquiridos no decorrer da vida, nas escolas, universidades, cursos etc.

Habilidade (Saber fazer): Todo o conhecimento que praticamos aperfeiçoado à habilidade.

Atitude (Querer fazer): Comportamentos que temos diante de situações do nosso cotidiano e das tarefas que desenvolvemos no nosso dia a dia.

2. PROCEDIMENTOS GERAIS:

- **Demanda da vaga:**

A liderança solicita a abertura da vaga preenchendo todas as informações solicitadas via FLUIG, o formulário: Requisição de Pessoal, utilizando como base a descrição do cargo, tabela salarial, orçamento da área e a política de cargos e salários vigentes:

- Substituições e transferências: Sugerimos buscar informações para preenchimento do formulário de abertura de vaga, consultando situação do colaborador a ser substituído ou transferido de setor/ unidade e após análise e possibilidade aprovada pelo RH de tal substituição/ transferência realizar requisição e movimentação necessária;
- Vagas previstas: após análise do quadro orçado pelo Base Zero realizado pelo RH/ Custos.
- Vagas não previstas (aumento de quadro ou necessidades de criação de cargos): Quando existe necessidade de aumento de quadro, a criação da vaga deverá ser discutida entre a Direção da Unidade, OSS e Gerência de RH, verificando-se a disponibilidade dentro do orçamento, conforme Plano de Trabalho e Controladoria. O procedimento é feito por meio de reunião e a validação via FLUIG com a aprovação de todos os envolvidos no processo. Após validação pelo RH este define com a liderança prazos e etapas do processo

(aplicação prova de conhecimentos específicos, avaliação de perfil comportamental, redação e dinâmicas, quando aplicável).

- **Priorização de vaga:**

As vagas serão trabalhadas por ordem de chegada do fluig para papel do RH. Havendo necessidade de priorização, o responsável pela vaga destacará e justificará a maior necessidade de sua área. Sempre que necessário a equipe de RH fará reuniões com os responsáveis das áreas que tiverem um volume significativo de vagas em andamento, para reavaliação da prioridade.

- **Atração/ Recrutamento:**

➢ A partir do recebimento do Formulário via FLUIG, o RH verifica perfil da vaga de acordo com o PEC e os melhores canais de divulgação desta vaga para recrutamento, priorizando quando possível, seleções internas, no intuito de retenção de talentos na Entidade. Logo em seguida o RH da unidade verificará necessidades para seguimento das etapas do processo (aplicação prova de conhecimentos específicos, avaliação de perfil comportamental, redação e dinâmicas, quando aplicável.

NOTA: É alinhado juntamente com a coordenação da área quais serão as etapas aplicadas no processo seletivo de acordo com o perfil da vaga. Após alinhamento de perfil, a vaga é divulgada aos colaboradores através dos quadros de aviso da unidade e pelos grupos do WhatsApp corporativo. Externamente, esta vaga é divulgada no site da Entidade, sites específicos relacionados à vaga e mídias sociais. Outras formas de divulgação da vaga por parte da liderança deverão ser alinhadas com a equipe de RH. Caso ocorra mudança de perfil ou dados da contratação do novo colaborador por parte da liderança, após a etapa "Atração", a data de abertura da vaga será alterada e respeitará a ordem de abertura da vaga.

Considerando que as vagas são trabalhadas por ordem da abertura da vaga com o RH, o tempo médio para realização do Processo Seletivo é de 10 (dez) dias úteis e o prazo máximo para admissão é **até o dia 26 de cada mês.**

Caso haja interesse pelo solicitante do processo seletivo, o **RH** poderá encaminhar para a liderança da vaga, o currículo e parecer dos candidatos considerados aderentes ao perfil, e alinhar a agenda para a próxima etapa. O **RH** é responsável por todos os contatos e agendamentos com os candidatos, sendo assim, **nenhum contato poderá ser feito com candidatos sem conhecimento**

da equipe de RH.

- **Recrutamento Interno:**

É um processo de aproveitamento do capital humano interno, sendo sua política, a de sempre priorizar a seleção dentre os seus colaboradores. O recrutamento interno, visando valorizar os talentos de nossa organização e ocorre quando, havendo determinada vaga, a entidade procura preenchê-la por meio de processos seletivos e remanejamento de seus empregados, podendo ser através de:

- Remanejamento;
- Transferência de pessoal;
- Promoções;
- Transferências com promoções de pessoal.

Observação: A Entidade preza o respeito pela igualdade de oportunidades. Qualquer colaborador que acredita não estar recebendo oportunidade igual deverá comunicar seu superior ou o Departamento de RH.

Para a realização do recrutamento devem ser observados alguns pontos:

1 - A Entidade prima por manter atualizadas as informações sobre os colaboradores, pois durante o decorrer de um ano, muitos podem ter realizado treinamentos diferenciados, concluindo cursos de língua estrangeira, graduação, pós-graduação ou mestrado. Dessa forma, é possível saber se algum colaborador é um candidato em potencial à vaga em aberto.

2 - O primeiro passo é divulgar a abertura do processo seletivo interno por meio dos canais internos de comunicação: e-mail, whatsapp corporativo e quadro de avisos para esgotar a possibilidade de que algum colaborador diga que não teve acesso à informação. Deixe claro o perfil para o Cargo, as atividades a serem desenvolvidas, horário e o setor.

- Convide os profissionais que se candidataram à vaga para explicar as reais possibilidades de mudança de função e ascensão dentro da Entidade. Isso é fundamental, para que eles tirem dúvidas se desejam ou não continuarem no cargo atual e descreverem a motivação que os levaram a se inscrever no processo.
- Os profissionais que estiverem aptos (atendendo o PEC - Perfil Estruturado por Competências), e que desejarem participar do processo seletivo

deverão apresentar à coordenação direta os formulários "Inscrição de Seleção Interna – Colaborador" PRS HMTJ 047_Anexo 6_Formulário Inscrição Colaborador Processo Seletivo Interno, que deverá ser entregue pelo colaborador ao RH e "Inscrição de Seleção Interna - Autorização da Coordenação" PRS HMTJ 047_Anexo 7_Formulário Autorização Coordenação Processo Seletivo Interno, preenchida de forma sigilosa pelo gestor da área ao qual descreva uma analise das competências comportamentais que os candidatos apresentam no dia a dia. Após preenchido os formulários, o colaborador interessado na vaga deverá entregar formulário diretamente ao RH.

NOTA: Nenhuma liderança contratante pode abordar diretamente um colaborador interno para uma oportunidade em sua área, sem antes ter o consentimento da liderança imediata.

• Para qualquer tipo de promoção ou alteração de cargo o prazo mínimo é de 06 meses de contrato de trabalho na Entidade e no último trimestre este colaborador não poderá ter tido nenhum tipo de descrição de sanção administrativa em seu registro (advertência e/ ou anotação negativa), além dos requisitos exigidos no PEC e aprovação em processo seletivo e aprovação da Gerência respectiva a nível holding, esta, quando necessário. Nos casos em que o funcionário tiver em seu registro uma suspensão nos últimos 12 meses, este não poderá participar do processo seletivo. Colaboradores de férias poderão participar do processo seletivo, porém em caso de aprovação, se a vaga for imediata não poderá assumir as atividades, ficando no quadro reserva durante 6 (seis) meses contados a partir da data de realização. Funcionários afastados em qualquer situação não poderão se candidatar para nenhum processo seletivo interno.

3 - Com a definição dos candidatos, começa propriamente a seleção interna. Etapas:

O RH aplicará a Avaliação com dados institucionais, elaborada pelas Gerencias/Coordenadores dos setores solicitantes que foram padronizadas e validadas pela Entidade com data e horário pré-estabelecidos. Aplique os testes específicos para avaliar se os candidatos estão realmente capacitados para assumirem a nova realidade profissional.

➢ A entrevista será realizada com cada colaborador individualmente, utilizando o nosso formulário do Roteiro de Entrevista por Competências do cargo específico.

Havendo número suficiente, poderá ser utilizado ferramentas como dinâmicas de grupo. Entrevista com gestor do setor ao qual está ocorrendo o processo seletivo pelo candidato: Um fator que não poderá ser esquecido é a leitura do relato feito por meio do PRS HMTJ 047_Anexo 7_Formulário Autorização Coordenação Processo Seletivo Interno pelo gestor atual do candidato. Após a realização de todas as etapas do processo seletivo, O RH se reunirá com o Gestor do departamento solicitante para finalizarem o processo após definição dos candidatos aprovados. Dar feedback a todos participantes do processo, pessoalmente informando-os respeitosamente o motivo de não ser aproveitado no momento apontando os pontos a serem melhorados para uma futura oportunidade ou de serem aproveitados em nosso quadro reserva que tem duração de 06 meses. Isso estimulará as pessoas a verem que elas são, de fato, valorizadas pela Entidade em que atuam e não devem desistir da ascensão. Em caso de surgimento da vaga, após o colaborador passar pelo processo seletivo e ser selecionado, deverá ser preenchido no FLUIG o Formulário Movimentação de Pessoal, com o motivo "PROMOÇÃO".

- **Recrutamento Externo:**

É o preenchimento de uma vaga através da contratação de uma pessoa de fora da Entidade.

O RH providenciará a divulgação da vaga evidenciando os sites específicos de Oportunidades de Emprego, como: Linkedin, JFEmpregos; mídias sociais, jornais internos e externos, parceiros (cursos técnicos e faculdades), para captação dos candidatos e simultaneamente fará uma busca no Sistema TOTVS Gestão de Pessoas, onde ficam armazenados os currículos que foram cadastrados para a vaga ou em nosso Site do HMTJ, no campo Trabalhe Conosco.

SELEÇÃO:

Após a triagem dos currículos dentre os vários candidatos recrutados, cabe ao **RH**, selecionar aqueles que são mais adequados aos cargos existentes, ou seja, escolher o candidato com perfil que se aproxima do PEC, de modo que a Entidade

possa ver o seu colaborador como peça valiosa na obtenção dos resultados almejados.

Definir possibilidades de locais, datas e horários para as entrevistas antes mesmo de dar início ao processo seletivo.

Entrar em contato com os candidatos através de e-mail, mensagens no whatsapp corporativo ou contato por telefone, informando o processo seletivo quanto ao cargo a ser concorrido, local, data e hora da seleção.

No dia, local e horário agendado, cabe ao RH receber os candidatos, não podendo fazê-los aguardar por mais de 15 minutos, apresentando aos mesmos a Entidade, salário, benefícios, atividades a serem desenvolvidas no cargo anunciado e prazo para feedback do processo.

Esclarecer dúvidas do candidato, caso ocorra e em seguida explicar as etapas do processo de seleção adotado pela Entidade, sendo:

- 1ª Etapa: Aplicação de Testes (criados e aprovados pelas lideranças setorais e padronizados junto a Gerência de RH) eliminatórios onde a nota mínima para aprovação é 70%. Os candidatos reprovados, receberão o feedback comunicando a não continuidade no processo seletivo pessoalmente, ou em caso de grande volume de candidatos o retorno será realizado via whatsapp corporativo. Dado o parecer negativo o candidato será informado que poderá participar de um novo processo seletivo após 6 meses;
- 2ª Etapa: Formulário de entrevista por competência e técnica de acordo com o cargo com o **RH e o Gestor solicitante**, também eliminatório. Ao final da entrevista, apresentar o que se espera do colaborador neste novo cargo, complementando e reforçando as informações sobre a Entidade, área de atuação, a vaga, benefícios oferecidos, bem como, as próximas etapas do processo seletivo, abrindo espaço para o candidato fazer perguntas.

Cabe ao RH verificar junto à Coordenação:

- Definir possibilidades de datas e horários para as entrevistas;
- Definir a necessidade da participação de outro colaborador na entrevista. Exemplo: outro líder do mesmo nível hierárquico ou responsável funcional. Orienta-se que é responsabilidade da liderança, informar aos participantes sobre o perfil da vaga.
- Ler, analisar e fazer as anotações que julgar necessárias nos currículos, antes das entrevistas;

- Conduzir a entrevista, considerando a descrição de cargo vigente, buscando nos candidatos evidências e fatos que atendam estes requisitos;

Cabe a Coordenação:

- Descrever na entrevista, a parte do Gestor solicitante se aprovado ou não e o motivo, podendo o gestor indicar para um processo em outra área, recolhendo ao final, sua assinatura para validação.
- Ler, analisar e fazer as anotações que julgar necessárias nos currículos, antes das entrevistas junto aos candidatos pré-selecionados pelo RH;
- Conduzir a entrevista, considerando as competências técnicas necessárias para buscar nos candidatos evidências e fatos que atendam estes requisitos;
- Formalizar um parecer de todos os candidatos entrevistados, no formulário de entrevista por competência, assinando e datando no espaço destinado para este fim, no mesmo dia logo após a conclusão da etapa de entrevista, indicando os candidatos aprovados e não aprovados, em escala de preferência para que a equipe de RH possa anexar ao histórico do candidato para futuras consultas.

Em alguns processos seletivos, ainda poderá ser aplicado dinâmica de grupo, que visa identificar pontos positivos quanto o perfil do profissional como: trabalho em equipe, pró-atividade, percepção, senso de priorização, dentre outras características evidenciadas no perfil de cargos e competências.

NOTA[1]: Havendo necessidade de prova prática de informática, o setor deverá enviar ao RH no prazo de 3 (três) dias úteis antes do processo as questões, para reserva do espaço adequado para realização da etapa.

Nos casos onde ocorrerem à mesma pontuação na primeira etapa (prova escrita), o critério de desempate será o parecer da entrevista Individual e/ou a redação.

NOTA[2]: As entrevistas para os cargos de coordenador ou gerente serão acompanhadas por um representante da Direção ou será agendado ainda uma entrevista com a própria Diretoria.

NOTA[3]: não existe a obrigatoriedade de ter que mostrar ao candidato não aprovado sua avaliação. Este somente poderá solicitar revisão e que deverá ser realizado por um representante do RH e o coordenador do setor em questão.

- **Finalização do Processo**

A coordenação registrará no parecer final da entrevista por competência, a escolha

e aprovação do candidato e suas justificativas para o **RH.** Diante dessa definição será acordada a data prevista para o início das atividades do mesmo.

Caso seja apontado alguma oportunidade de melhoria no roteiro de entrevista, será feito o cadastro deste apontamento na ficha do colaborador quando admitido para que a coordenação possa acompanhá-lo durante o período de experiência e desenvolver essas oportunidades de melhoria que foram apontadas na entrevista.

NOTA[1]: Na admissão, a coordenação não poderá negociar e/ou prometer revisão de salários, pois, futuramente, esta aprovação poderá ser afetada por diversos fatores (contexto econômico, desempenho do colaborador, resultado geral da área, dentre outros).

NOTA2: É obrigatória a apresentação dos documentos que comprovem os requisitos (escolaridade, experiência profissional e/ou as competências técnicas necessárias) na descrição do cargo vigente. O **RH** deverá comunicar ao candidato aprovado no que diz respeito à data de início das atividades, cargo e proposta salarial. Esclarecerá que a fase final do processo será a apresentação dos documentos necessários para admissão, PRS HMTJ 047_Anexo 12_Documentos Necessarios para Admissão, conforme agendamento do RH e caso não o faça o próximo candidato no quadro reserva (lista aprovados) será convocado para ocupação mediante ciência da Coordenação. Bem como, que na hora da conferência destes documentos, se encontrada alguma inconformidade também será caracterizada de caráter eliminatório. Neste caso o próximo sucessor da vaga (lista de aprovados) será convocado para ocupação, mediante ciência da Coordenação.

NOTA[3]: Caso o candidato decline da proposta, todos os envolvidos no processo serão informados para retomar o processo de seleção, e continuar a busca por novos candidatos, a vaga continuará priorizada. O **RH** mantém a liderança informada sobre o prazo de início do novo colaborador, e é responsável pelo retorno positivo ou negativo a todos os candidatos envolvidos no processo. O novo colaborador passará pela Integração, conforme consta em nosso PRS HMTJ 045 - Gestão de Treinamento e desenvolvimento de pessoas.

- **Transferência de Colaborador**

O colaborador aprovado no processo seletivo deverá ser efetivado no novo cargo assim que iniciar o exercício da nova atividade. Para isto a liderança e o RH local deverão enviar para a outra Unidade (liderança e RH local) que está recebendo

este colaborador a MP conforme solicitação no Fluig no campo Formulário Alteração e Movimentação de Pessoal, com ciência e aprovação, devidamente preenchida e autorizada. Em caso de transferências solicitadas por funcionários, na solicitação do Fluig, deverá constar juntamente as aprovações, carta de próprio punho feita pelo colaborador, relatando o seu próprio interesse em ser transferido e os principais motivos, em anexo a solicitação.

ATENÇÃO: o chamado deve ser aberto respeitando o prazo do dia 15 do mês anterior, à data de transferência. Recomenda-se que o colaborador inicie o exercício de suas atividades na nova oportunidade sempre no primeiro dia útil de cada mês subsequente. Cabe às lideranças negociarem este prazo, considerando necessidades, demandas e entregas de cada uma das áreas. A liderança responsável pela vaga é a pessoa indicada a conversar e formalizar o processo ao colaborador, clarificando a proposta de trabalho e o novo desafio.

NOTA[1]: Nos casos de transferência interna, é obrigatória a apresentação dos documentos que comprovem os requisitos (experiência profissional e/ou as competências técnicas necessárias) na descrição do cargo vigente, além da solicitação da alteração, via Fluig, devidamente validada e preenchida ao RH. O mesmo avaliará tal solicitação e aprovará ou não, dando em caso positivo, encaminhamento ao DP.

NOTA[2]: nas transferências internas é necessário que a antiga liderança solicite os ajustes em permissões de acessos e exclusões em listas de e-mail, que o colaborador não deverá mais possuir. E a nova liderança, será responsável por providenciar as novas permissões e inclusões em listas de e-mails que o colaborador deverá ter para o desempenho das atividades em sua nova função.

NOTA[3]: Nos casos de colaboradores em cobertura de férias ou em função definida como ferista, a liderança deverá fazer a solicitação deste colaborado via Fluig, respeitando o tempo estabelecido de 15 dias.

- **Processo de Análise para Recontratação**

Cabe o setor de RH, sempre ao iniciar um processo de seleção, checar junto ao Sistema TOTVS Gestão de Pessoas, se o candidato é ex-colaborador e se tem algum tipo de restrição. Caso não haja, dará inicio ao processo seletivo. A SES - Secretaria de Saúde, impõe-se às organizações sociais a vedação à contratação de

pessoal que tenha sido demitido por justa causa da SES.

- **Processo de Implantação de uma Nova Unidade**

Sempre que houver a implantação de uma nova unidade, os cargos estratégicos serão preenchidos por pessoal indicado pela direção da OSS, por entender que são profissionais que ocupam cargos de alta complexidade, de confiança e que impactam no negócio da Entidade. Além de atender os pré requisitos básicos para o desempenho da função.

- **Cancelamento de Processo Seletivo**

Se a liderança definir pelo cancelamento do processo seletivo, deverá formalizar o pedido via fluig e-mail para o RH, esclarecendo os motivos do cancelamento. O RH deverá entrar em contato com os candidatos via e-mail ou telefone, informe o cancelamento da vaga.

3. CONTRATAÇÃO DE MÉDICOS

A contratação de serviços médicos é realizada, inicialmente, por meio da direção clínica, que é o setor que tem o contato direto com os possíveis prestadores de serviços, após a documentação estar completa, é enviada via fluig uma solicitação de contratação ao setor de contratos o qual é responsável pela formalização do contrato.

- **Avaliação de Desempenho de Fornecedores de Serviços Médicos** - Cabe a direção geral e/ou médica a realização da avaliação de desempenho dos serviços médicos prestados na unidade, a se realizar por meio de formulário específico na plataforma Fluig.

4. CONTRAÇÃO DE PCD

LEI Nº 8.213, DE 24 DE JULHO DE 1991, lei de contratação de Deficientes nas Entidades. Lei 8213/91, lei cotas para Deficientes e Pessoas com Deficiência dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência e dá outras providências a contratação de portadores de necessidades especiais.

Art. 93 - a Entidade com 100 ou mais colaboradores está obrigada a preencher de dois a cinco por cento dos seus cargos com beneficiários reabilitados, ou pessoas

portadoras de deficiência, na seguinte proporção:

- até 200 colaboradores..... 2%
- de 201 a 500 colaboradores..... 3%
- de 501 a 1000 colaboradores..... 4%
- de 1001 em diante colaboradores.... 5%

O RH Local ao selecionar algum PCD, deverá solicitar que este apresente o Laudo Médico, PRS HMTJ 047_Anexo 32_Laudo Médico PCD, comprovando sua deficiência.

Ao encaminhar para o SESMT para realizar o exame admissional, o RH Local irá pegar o formulário em anexo e a este anexar o Laudo, para que o candidato apresente ao Médico do Trabalho para o devido preenchimento.

O candidato ao passar pelo Médico do Trabalho, se apto, receberá de volta este kit devidamente preenchido, assinado e com carimbo do médico do trabalho (formulário + laudo médico), junto com o ASO e devolverá ao RH para que este faça a guarda junto com os demais documentos admissionais.

O RH Local deverá tirar uma copia do KIT para entregar ao novo colaborador, no ato da assinatura do contrato de trabalho.

Este documento serve para comprovar junto ao MTE que a Entidade contratou PCD caso venha a ser solicitado.

5. CONTRATAÇÃO DE EX-COLABORADOR

Os ex-empregados da Entidade que porventura forem desligados sem justa causa, ou solicitarem desligamento, podem participar de processo seletivo para retornar à Entidade após **3 meses contados da rescisão contratual (Lei 6.019/74, artigos 4º e 5º).**

NOTA: Cabe ao RH Local entrar em contato com o RH da outra Unidade para checar se existe algum tipo de contra-indicação.

6. CONTRAÇÃO DE JOVEM APRENDIZ E ESTAGIÁRIO NÍVEL SUPERIOR

A Lei de Cotas para Menor Aprendiz é mais que uma obrigação legal, a formação técnico-profissional de adolescentes e jovens, amplia as possibilidades de inserção no mercado de trabalho e torna mais promissor o futuro da nova geração. O empresário, por sua vez, além de cumprir sua função social, contribuirá para a formação de um profissional mais capacitado para as atuais exigências do mercado

de trabalho e com visão mais ampla da própria sociedade.

Entende-se por estabelecimento todo complexo de bens organizado para o exercício de atividade econômica ou social do empresário. Ficam obrigados a contratar aprendizes os estabelecimentos que tenham pelo menos sete empregados contratados nas funções que demandam formação profissional.

A Entidade possui convênio firmado com o Agente Integrador, Entidade renomada e responsável pela seleção desses jovens.

O RH local recebe a solicitação de vaga através do Fluig e encaminha à Coordenação de RH da Entidade. É realizada uma avaliação da solicitação de vaga e as necessidades da inserção dos jovens nos setores/Entidade. Após aprovação por parte do RH e Diretoria da Entidade é solicitada à Entidade conveniada a seleção de jovens através do site próprio do Agente Integrador, onde se inicia, através da equipe de relacionamento do Agente Integrador, as indicações e direcionamentos desses Jovens para seleção e aprovação por parte da nossa Entidade.

- **Seleção:**

Todo processo de seleção e avaliação inicial (como provas e entrevista) são realizados pela Entidade.

Após essa triagem inicial, são definidos pelo RH Entidade, a data, horário e local da seleção para as entrevistas. Esses Jovens passam por entrevista individual conforme Roteiro de Entrevista com as competência do cargo, com o RH e com as coordenações solicitantes.

Assinam lista de presença, conforme PRS HMTJ 047_Anexo 5_Lista presença Processos seletivos, para atestar seu comparecimento junto a Entidade solicitante.

Depois de selecionados passam pelo mesmo processo e fluxo admissional que os demais colaboradores (CLT), tendo que apresentar sua documentação completa e obrigatória para registro na Entidade.

Após finalizado o processo de admissão, os Jovens passam pelo processo de integração (Comitê de recepção) em seguida o RH leva-os para uma visitação a Unidade e finaliza encaminhando aos setores de destino para iniciarem suas tarefas.

Os Jovens participarão semanalmente, conforme calendário estabelecido pelo Agente Integrador, acompanhamento psicopedagógico e orientação profissional dentro do Agente Integrador. Sua carga horária é de: seis horas na Regional JF.

Considera-se indispensável, a leitura prévia das Leis que regem o programa Jovem aprendiz:

- Lei 10.097/2000 - **Altera dispositivos da Consolidação das Leis do Trabalho - CLT, aprovada pelo Decreto-Lei no 5.452, de 1º de maio de 1943 que institui as normas que regulam as relações individuais e coletivas de trabalho. Aborda o contrato de Aprendizagem.** Disponível no site: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L10097.htm
- Lei 8.069/1990 - **Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente que visa à proteção integral à criança e ao adolescente.** Disponível no site: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8069.htm
- Lei 11.180/2005 - **Institui o Projeto Escola de Fábrica, autoriza a concessão de bolsas de permanência a estudantes beneficiários do Programa Universidade para Todos - PROUNI, institui o Programa de Educação Tutorial - PET, altera a Lei no 5.537, de 21 de novembro de 1968, e a Consolidação das Leis do Trabalho - CLT, aprovada pelo Decreto-Lei no 5.452, de 1º de maio de 1943, e dá outras providências.** Disponível no site: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/lei/L11180.htm
- Portaria MTE nº 723/2012 - **Disciplina a fiscalização das condições de trabalho no âmbito dos programas de Aprendizagem.**
- Portaria MTE nº 1005/2013 - **Altera a Portaria nº 723, de 23 de abril de 2012, que dispõe sobre o Cadastro Nacional de Aprendizagem Profissional - CNAP, destinado ao cadastramento das entidades qualificadas em formação técnico-profissional metódica**.
- Resolução CONANDA nº 164/2014 - **Dispõe sobre o registro e fiscalização das entidades sem fins lucrativos que tenham por objetivo a assistência ao adolescente e a educação profissional e dá outras providências.**
- Resolução CDMCA-SP nº 104/2013 - **Estabelece normas gerais para a adequada aplicação da política municipal de atendimento aos direitos da criança e do adolescente do Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente do Município de São Paulo - CMDCA/SP.**
- Instrução Normativa SIT/MTE nº 108/2014 - Revoga dispositivo de Instrução Normativa.
- Instrução Normativa SIT/MTE nº 97/2012

- Nota técnica nº 52/COPES/DEFIT - Determina novas adequações para o desenvolvimento de Programas de Aprendizagem com vigor a partir de agosto de 2012.
- Manual da Aprendizagem - Esclarece as questões relacionadas à Lei da Aprendizagem e orienta os empresários a respeito dos procedimentos que devem ser adotados para a contratação de Aprendizes.

Promoção de Aprendiz e Estagiário / Efetivação:

Todos os Jovens Aprendizes poderão participar de processos seletivos internos visando a sua promoção/contratação. Sendo sua participação autorizada somente após 06 meses na Unidade, e escolaridade compatível ao cargo e desde que não tenha sofrido sanção administrativa nos últimos 03 meses.

Após ele participar do processo, estando apto, deverá proceder da seguinte forma:

- Pedir formalmente, desligamento do programa, junto a entidade, sendo esta por iniciativa dele;
- Apresentar ao RH a carta de pedido de desligamento, juntamente com o aceite da entidade;
- Somente depois de desligado é que poderá fazer todo tramite de admissão junto a Unidade da Entidade.

7. ADMISSIONAL

- **Principais atividades do processo:**
  - Comunicar ao (s) candidato (s) aprovado pela chefia do resultado, convocá-lo na unidade, entregar a lista de documentos necessários para admissão, verificar se possui conta corrente no banco conveniado com a unidade.
  - Após passar pelo médico do trabalho e ter ASO como apto, o RH deverá recolher a documentação necessária para contratação (documentos para admissão, exame médico) e em seguida digitalizar e encaminhar ao RH Admissão, em Juiz de Fora, para cadastro.
  - Em seguida digitalizar os documentos admissionais e enviar para o CSC Admissão RH para que eles incluam no Sistema TOTVS. Salvando o arquivo: Chapa X. em pdf

- Ao receber do RH Admissão, o jogo admissional (Contrato, Acordo de Banco de Horas, Etiqueta, Etiqueta 45 dias, Ficha Registro e Recibo CTPS, Minuta TI, Ficha de Vale Transporte e Ficha de Salário Família, quando declarado), precisará agendar o comitê de recepção para o novo colaborador, para que receba o treinamento obrigatório dos setores envolvidos.
- Deverão colher as assinaturas, providenciar o preenchimento da CTPS do novo Colaborador e cadastrar o ponto biométrico.

NOTA: O campo de "Testemunhas" estará presente no formulário, porém não é obrigatório o preenchimento do mesmo. Só será necessário o colher assinatura em casos específicos.

- **KIT Admissional:**
  - PRS HMTJ 047_Anexo 17_ Formulário solicitação VT
  - PRS HMTJ 047_Anexo 25_Termo de entrega de uniforme
  - PRS HMTJ 047_Anexo 28_Carta de Anuência de Ponto (quando cabível)
  - PRS HMTJ 047_Anexo 36_Recomendações para inicio de atividades laborais
  - PRS HMTJ 047_Anexo 36.1_Protocolo de Entrega de Orientações de Início de Atividades
  - PRS HMTJ 047_Anexo 38_Protocolo de Entrega do TBI
  - PRS HMTJ 047_Anexo 40_Declaração de múltiplos vínculos
  - PRS HMTJ 047_Anexo 41_Declaração de encargos de Família para fins de Imposto de Renda
  - PRS HMTJ 047_Anexo 42_Declaração de autorização para assinar documentos RH e DP (Quando cabível)
  - PRS HMTJ 047_Anexo 44_ Formulário de Contribuições para o sindicato

8. DESLIGAMENTO DE PESSOAL

A entrevista de desligamento tem como finalidade permitir que o colaborador desligado manifeste sua percepção em relação à equipe com a qual trabalhava à chefia e às políticas institucionais, princípios e valores da Entidade. Por outro lado é a oportunidade para que a unidade registre a informação para posterior análise da situação e correção de seu índice de turnover.

Sempre que algum colaborador for desligado da Entidade, deverá preencher o Formulário Entrevista de Desligamento, PRS HMTJ 047_Anexo 30_Entrevista de Desligamento, e em seguida ser entrevistado pelo RH, visando apurar as causas que

determinaram o desligamento, sob o ponto de vista do empregado, objetivando o levantamento das medidas que tendem a saná-las ou reduzi-las, ou seja, verificar o motivo pelo qual não estamos conseguindo reter os talentos.

Fluxos de demissão:

Para demandas de demissão sem justa causa (com ou sem cumprimento de aviso):

- A coordenação deverá informar ao RH a sua insatisfação (e os motivos) com o colaborador, a partir disso deverá realizar a abertura do FLUIG solicitando uma intervenção junto ao RH. A intervenção visa esclarecer com o colaborador a razão e a veracidade do comportamento informado pela sua coordenação. Além disso, deve ser verificado se os comportamentos sinalizados são reincidentes e qual a gravidade dos mesmos, para saber se na situação caberá advertência ou até suspensão. Nos casos de falta gravíssima, essas etapas de intervenção, advertência e suspensão não serão necessárias.

OBS: Os casos de faltas gravíssimas deverão ser comunicados via email para o RH antes de enviar a solicitação de desligamento via FLUIG.

- Após o colaborador ter passado pela intervenção, o mesmo entrará em um período avaliatório de 30 dias, em alguns casos o prazo poderá ser alterado para mais ou menos que 30 dias (de acordo com o estabelecido na intervenção entre coordenador, funcionário e RH). Se durante esse período o colaborador repetir o comportamento sinalizado para ele como inadequado, ele deve ser advertido. Ao fim do período o RH volta a conversar com o Gestor e com o colaborador a fim de saber se o mesmo teve melhoras ou não. Se a resposta for positiva o colaborador permanece, se for negativa a coordenação deverá encaminhar ao DP, via Fluig, o Formulário de Solicitação de Desligamento de Pessoal.
- Após recebimento via Fluig o setor de DP irá checar se existe a disponibilidade de verba para a realização do desligamento, é programado o desligamento e o DP informa o coordenador a data para realização. No documento virá a data do exame demissional e a data e horário da homologação no sindicato.
- Na data e hora agendada com o RH, o coordenador deve comparecer no setor com o colaborador para comunicar o desligamento, podendo informar ou não os motivos.
- Após fazer tal comunicação, o gestor pode se retirar e deixar o colaborador com o RH. O colaborador irá preencher a Entrevista de Desligamento, e após este processo

o mesmo será encaminhado ao Departamento Pessoal para que seja assinada a rescisão.

OBSERVAÇÃO[1]: Se o colaborador se recusar a assinar a carta, a mesma deve ser assinada por duas testemunhas e ele não terá direito de levar a sua via.

OBSERVAÇÃO[2]: Se o colaborador se recusar a preencher a Entrevista de Desligamento, ele deverá apenas assinar e escrever que não deseja preencher.

OBSERVAÇÃO[3]: Se o colaborador tiver menos de 90 dias de admitido, não precisará realizar o exame demissional, uma vez que o admissional tem validade nesse período.

OBSERVAÇÃO[4]: As demissões sem cumprimento de aviso devem impreterivelmente ser solicitadas com antecedência para a gerência de RH nível Sede.

- Caberá ao RH fazer um relatório semestral com os resultados específicos e apresentar para a Direção para que sejam tomadas medidas cabíveis para a redução do turnover. PRS HMTJ 047_Anexo 30.1_Relatório Gerencial Entrevista de Desligamento;
- Alimentar mensalmente no software SIGQUALI o indicador Percentual de Turnover descrevendo a aplicação de Entrevista de Desligamento.
- Para demandas de pedido de demissão (com ou sem cumprimento do aviso):
- O colaborador que desejar se desligar da empresa deve comparecer até o setor alocado e informar ao coordenador o seu desligamento, após a conversa o coordenador irá acompanhar o funcionário ao DP e solicitar a carta de demissão. Caberá ao RH sondar com o colaborador os motivos que o levaram a tomar tal decisão, e se for possível tentar reverter a mesma. A carta de demissão de modelo padrão deverá ser preenchida pelo funcionário, além de especificar se irá cumprir ou não o aviso.
- Não sendo possível a reversão, o RH realiza a entrevista de desligamento e o encaminha para o DP para o colaborador realizar o preenchimento da carta e receber as informações pertinentes à rescisão e homologação se forem o caso.

Para demandas de demissão por Justa Causa:

- Os casos de justa causa devem ser encaminhados através da Direção da Unidade de cada área, para a Coordenação/ Gerência de RH da Entidade.

- Caberá a Gerência de RH buscar orientação junto ao setor jurídico para esclarecer quais ações deverão ser tomadas em cada caso.
- Validado e autorizado pelo jurídico cabe ao RH proceder com os tramites normais do desligamento.

9. INDICADORES DE EFETIVIDADE:

1. Índice de turnover – 2,0% (Regional MG) - Mensura a relação em percentual de colaboradores admitidos e demitidos durante determinado período;

2. Índice de absenteísmo – 2,0% (Regional MG) - Mensura a relação em percentual de horas faltosas e horas trabalhadas durante determinado período;

3. Percentual de Entrevistas de Desligamento no mês – Mensal – 100%

10. EXCEÇÕES:

Serão encaminhadas ao RH para análise e aprovação junto a Diretoria Administrativa da Entidade.

11. CONTIGÊNCIA:

I. Perfil de Cargo Inadequado (atividade, competência e atualização): Na ocorrência de um evento adverso, processos administrativos ou judiciais relacionados ao perfil estruturado por competência, reavaliar definição do PEC visando melhor atendimentos a normativas relacionadas às funções mencionadas, por meio da readequação ou mesmo criação de um do cargo que melhor atenda a necessidade da Entidade.

II. Preenchimento incorreto da Requisição de Pessoal: Solicitar novo preenchimento para correção/ adequação as necessidades do documento estabelecido na política do RH, do qual fará que o processo de contratação fique embargado até a resolução do documento. Salvo exceções de vazio assistenciais autorizados pela Direção em prol da necessidade da Entidade.

III. Falta de Candidato: Verificar possibilidade de existência de um melhor canal de captação de candidatos pelas regiões próximas a Entidade no intuito de resolução da lacuna de colaborador. Estabelecer com a Direção, plano de ação que vise atender necessidade esporádica até que se finalize a contratação deste profissional.

IV. Triagem inadequada do currículo: No caso de triagens onde o candidato não tenha sido selecionado, refazer triagem visando organizar processo de

acordo com os requisitos estabelecidos no PEC do cargo. Em casos de candidatos que já estejam em processo de seleção, verificar caso junto à Coordenação e se necessário finalizar processo seletivo com o mesmo, orientando-o sobre indicação de seus currículos a outros processos seletivos ou mesmos a outras áreas da instituição.

V. Não apresentação de documentos pré-requisitados: Devido a este fator candidato não poderá ser contratado até a entrega completa destes. Salvo exceção de autorização da Direção em casos de vazios assistenciais em prol da necessidade da Entidade.

VI. Dificuldade no recrutamento e Seleção para composição do quadro de profissionais do setor: Nos casos de dificuldade de candidatos devida a especificidades do perfil para o cargo ou admissões que não possam ser feitas devido estarem fora do prazo e já em cálculo para folha de pagamento pelo DP, orientamos as lideranças que estas façam redivisão de suas equipes de trabalho visando redistribuir as tarefas do setor, priorizando as de maior gravidade e impacto na instituição; remanejamento de colaboradores de outras áreas para esta cobertura (desde que obedecidas os parâmetros os atuação profissional contidos no PEC/ CBO além de análise de produtividade nos casos administrativos e de ocupação/ atendimentos nos casos assistenciais) ou ainda verificação no orçamento financeiro da unidade e contrato conveniado para pagamento de hora/ plantão extras visando manter quantitativo mínimo para funcionamento do setor.

VII. Ausência de Registro do Histórico Profissional (Seleção interna): Verificação com gestor imediato atual por meio de uma declaração escrita onde este descreverá performance do colaborador, com indicação ou não para apresentação do processo seletivo.

VIII. Seleção Inadequada do Candidato (não apresenta às competências necessárias a função e sem definição do gestor da área): Colaborador deverá ser desligado dentro do período de experiência. Ou após passagem deste tempo e em caso de impossibilidade, verificado a indicação para área de melhor aproveitamento de seu perfil.

IX. Informação incorreta/ incompleta por parte do candidato: Verificação por meio dos documentos apresentados pelo candidato;

X. Cargos de Confiança: Em casos em que a liderança indicar colaboradores, esta deverá passar por uma entrevista em conjunto com o RH a fim de verificar competências mínimas para a função e aptidão para o cargo;

XI. Implantação em novas unidades: Em casos de implantação de novas unidades geridas pelo HMTJ, a nota mínima pode ser alterada visando atender o número de candidatos para entrevista e tendo como premissa a otimização do tempo, observados o perfil de competência necessário aos cargos identificados na entrevista técnica do RH e lideranças/ representantes técnicos da área. Este mesmo procedimento poderá ser adotado também em casos de ocupações de vagas emergenciais ao funcionamento da unidade, onde a avaliação será feita no período de experiência.

XII. Implantação em unidades que contemplem profissionais de carreira no município ou estado (cedidos), estes devem passar por uma avaliação de conhecimento e experiência de atuação no referido cargo, de acordo com diretrizes e perfil estabelecidos no PEC, para facilitar alocação nos quadros funcionais da unidade, aproveitando desta forma o colaboradores por meio do seu potencial profissional. Lembrando que todas as práticas de avaliação, treinamento e capacitação deverão ser desenvolvidas com estes profissionais.

XIII. Adequação dos processos frente a uma pandemia ou outro tipo de calamidade: Diante dessas situações os fluxos de alguns processos podem ser alterados/adequados, no intuito de garantir a segurança de todos os envolvidos no processo. Como por exemplo entrevistas realizadas por vídeo chamada junto com a coordenação da área para que seja possível serem feitas perguntas técnicas (substitituindo a prova escrita) e perguntas comportamentais.

XIV. Processo seletivo em tempos de pandemia - Realização das etapas padronizadas do processo seletitvo por meio de contato telefônico e/ou vídeo chamada para evitar aglomeração com os canditados.

XV. Roteiro de entrevista técnicos de enfermagem - Em caso de processo seletivo para montagem do quadro reserva geral será utilizado um único roteiro de entrevista com todas as competências organizacionais e técnicas.

XVI. Aprovação de candidatos na prova técnica com nota inferior ao acordado na Política de RH - Em processos seletivos, dependendo da especificidade da vaga, prazo para contratação, número de candidatos, dentre outros motivos, poderão ser aprovados para a etapa de entrevistas, candidatos com nota menor que exigido na política (70%).

12. VIGÊNCIA:

Esse procedimento passa a vigorar a partir da data de sua publicação ou da data de sua última revisão. O mesmo deve ser revisado conforme padronização definido pelo setor de qualidade da instituição.

V. Siglas e Definições

PEC: Perfil Estruturado por Competências

RH: Recursos Humanos

SES: Secretaria de Estado e Saúde

Recrutamento: Compreende todos os procedimentos utilizados pelas instituições para divulgar suas vagas e atrair candidatos potencialmente qualificados a ocupar um cargo. É a maneira como as instituições comunicam e divulgam no mercado de recursos humanos suas ofertas de oportunidade de emprego.

Seleção: A seleção de pessoas é o processo que busca, dentre os vários candidatos recrutados, aqueles que são mais adequados aos cargos existentes nas organizações, visando manter ou aumentar a eficiência e o desempenho do pessoal, bem como a eficácia da organização, ou seja, preservar ou enriquecer o capital intelectual da organização (CHIAVENATO, 1999). Assim, o objetivo do processo de seleção de pessoal é escolher o candidato com melhores conhecimentos e habilidades para desempenhar determinada tarefa, de modo que a instituição possa ver o seu colaborador como peça valiosa na obtenção dos resultados almejados.

Entrevista: É uma conversação entre duas ou mais pessoas (o entrevistador e o entrevistado) em que perguntas são feitas pelo **entrevistador** para obter informação do entrevistado.

Feedback: Nada mais é que um retorno que o candidato tem da instituição/recrutador, seja ele positivo ou negativo de sua participação em um processo de seleção para uma oportunidade de trabalho.

Aprendiz: É um contrato de trabalho especial, ajustado por escrito e por prazo determinado, em que o empregador se compromete a assegurar ao maior de 14 e menor de 24 anos – inscrito em programa de Aprendizagem – formação técnico-profissional, compatível com o seu desenvolvimento físico, moral e psicológico. O Aprendiz, por sua vez, deve executar com comprometimento as tarefas necessárias a essa formação.

VI. Anexos

PRS HMTJ 045 - Treinamento e desenvolvimento de pessoal
PRS HMTJ 047_Anexo 5_Lista Presença Processos seletivos
PRS HMTJ 047_Anexo 6_Formulário Inscrição Colaborador Processo Seletivo Interno
PRS HMTJ 047_Anexo 7_Formulário Autorização Coordenação Processo Seletivo Interno
PRS HMTJ 047_Anexo 12_Documentos Necessários para Admissão
PRS HMTJ 047_Anexo 16_ Minuta TI
PRS HMTJ 047_Anexo 17_ Formulário solicitação VT
PRS HMTJ 047_Anexo 22_ Modelo E-mail Agradecimento Participação Processo Seletivo
PRS HMTJ 047_Anexo 23_ Modelo E-mail Convite 1- etapa Processo Seletivo
PRS HMTJ 047_Anexo 24_ Modelo E-mail Convite 2- etapa Processo Seletivo
PRS HMTJ 047_Anexo 25_Termo de entrega de uniforme
PRS HMTJ 047_Anexo 26_Termo de entrega de crachá
PRS HMTJ 047_Anexo 26.1_Lista de entrega crachá de treinamento
PRS HMTJ 047_Anexo 28_Carta de Anuência de Ponto
PRS HMTJ 047_Anexo 30_Entrevista de Desligamento
PRS HMTJ 047_Anexo 30.1_Modelo Relatório Gerencial Entrevista de Desligamento
PRS HMTJ 047_Anexo 31_Planilha de Controle de Cadastro Admissões
PRS HMTJ 047_Anexo 32_Laudo Médico PCD
PRS HMTJ 047_Anexo 36_Recomendações para inicio de atividades laborais
PRS HMTJ 047_Anexo 36.1_Protocolo de Entrega de Orientações de Início de Atividades
PRS HMTJ 047_Anexo 37_Formulário Prova Processo Seletivo

PRS HMTJ 047_Anexo 40_Declaração de múltiplos vínculos

PRS HMTJ 047_Anexo 41_Declaração de encargos de Família para fins de Imposto de Renda

PRS HMTJ 047_Anexo 44_ Formulário de Contribuições para o sindicato

VII. Referências

Política de Gestão de Pessoas do HMTJ.

I. Objetivos

Gestão de pessoas por competências é um sistema para gerenciar os diferentes tipos de competências dos profissionais da organização. Esse modelo estabelece critérios claros para construção dos Perfis dos Cargos por Competências (antiga descrição de cargos), sendo assim, a finalidade deste documento é apresentar os processos relativos a gestão por competências, bem como o software de gestão GCPEC implantado na instituição.

II. Materiais

Computador, Sistema GCPEC.

III. Abrangência

A política é aplicável a toda Entidade.

IV. Descrição dos passos da atividade

A partir da iniciação do projeto, se estabelece junto com um Comitê Estratégico da instituição, a Metodologia de Avaliação de Desempenho para os cargos de Liderança e Operacionais e as ferramentas de Feedback, Planos de Desenvolvimento Individuais (PDIs).

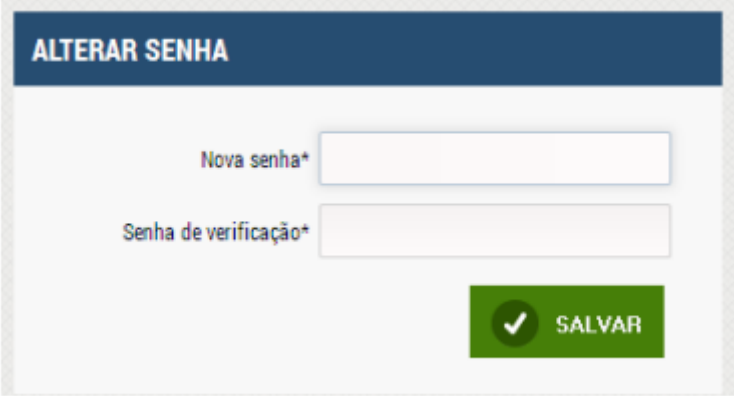
O acesso ao sistema se dá por meio do endereço www.gcpecfatorrh.com.br/gcpec/Login. No campo usuário digite a sigla da empresa + o número do seu CPF sem traços, pontos e/ou espaços. Exemplo: usuário: hmtj12345678910. A senha no primeiro acesso é a data de nascimento no formato ddmmaaaa. Digite seu usuário, senha e clique em "Entrar", conforme Figura I.

Figura I



Após o login pela primeira vez, o sistema solicitará que você cadastre uma nova senha. O usuário permanecerá o mesmo. A nova senha pode conter letras e números. Devem ser cadastrados no mínimo 6 caracteres e não há limite máximo conforme Figura II.

Figura II



Depois de cadastrar uma nova senha o sistema abrirá a tela inicial do sistema, o qual a quantidade de ícones "abertos" irá se distinguir de usuário para usuário de acordo com perfil cadastrado pelo Recursos Humanos, conforme imagem a seguir.

Figura III



Ao clicar em qualquer ícone do sistema, este apresentará, no rodapé da página, submenus que reúnem funcionalidades (submenu de cor azul) e relatórios (submenu de cor laranja). O submenu na cor branca é o que está em uso, ou seja, a página que você está operando, conforme exemplo abaixo.

Figura IV



Como o GCPEC funciona diferente para cada tipo de perfil liderança (avaliador) ou operacional (avaliado), será demonstrado a seguir as funcionalidades relativas a cada perfil.

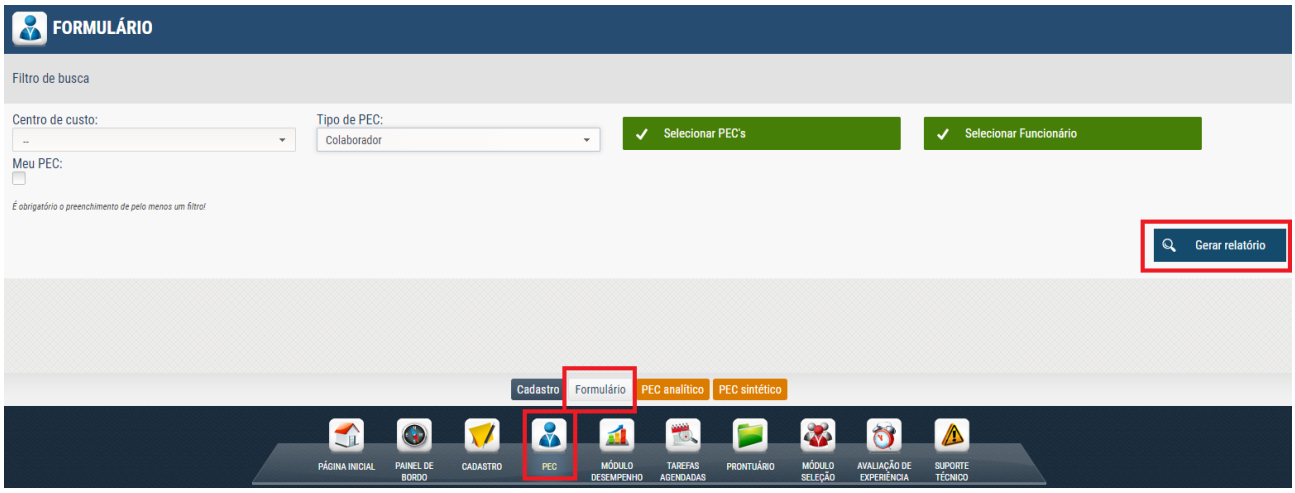
Manual do Avaliador (perfil de liderança)

PEC

No ícone PEC o avaliador poderá consultar o seu PEC e dos seus avaliados. Se desejar visualizar o seu PEC selecione a opção "Meu PEC" e clique em "Gerar Relatório".

Para visualizar o PEC de seus colaboradores, utilize os filtros para escolher de qual funcionário deseja visualizar, e clique em "Gerar Relatório", conforme Figura V.

Figura V



AVALIAÇÃO DE EXPERIÊNCIA

Avaliação de Experiência

O icone avaliação de experiência é onde o avaliador poderá fazer a avaliação de seu subordinado. Este modelo de avaliação se refere a 90 graus ao qual o gestor avalia seu liderado devido este estar em periodo de integração e adpatação do trabalho, não sendo assim plausível a autoavalição neste momento. O mesmo pode acesar por meio da aba de mesmo nome, clicando em avaliação, conforme Figura VI.

Figura VI



As avaliações de experiência na instituição são padronizadas, divididas em duas etapas, 45 e 90 dias. Em ambas as etapas a avaliação estará disponível com 10 dias de antecedência.

Nota[1] Em ambos períodos de avaliação, após o vencimento do prazo a avaliação expira não sendo possível sua realização, cabendo ao gestor realização de justificativa de pendência de avaliação de desempenho pelo FLUIG, bem como a realização de 1 feedback para cada competência essencial do cargo do colaborador.

Nota[2] A realização da avaliação pelo gestor deve ser feita em conjunto com o colaborador, cabendo o mesmo a validação ao término do processo.

Nota[3] A Realização da avaliação no GCPEC, não exime o gestor do cumprimento das demais atividades conforme etapa de avaliação descrita no PRS HMTJ 045 - Gestão de Treinamento e desenvolvimento de pessoas.

Nota[4] Mesmos nos casos em que o gestor optar pelo desligamento este deverá conduzir a avaliação no intuito de justificar sua decisão baseado na análise do desenvolvimento deste profissional em comparativo as competências relativas ao PEC. Nos casos que não for possível a validação do colaborador, este poderá optar pela opção de dispensar, ou preferencialmente optar pelo campo de registro de testemunha ao qual deverá colocar o dado relativo a mesma.

Avaliação

Nesse ícone o avaliador poderá fazer a sua autoavaliação e avaliar os seus colaboradores, bem como visualizar os relatórios de desempenho pessoal e de sua equipe.

1) Autoavaliação

Clique no ícone Módulo Desempenho, em seguida no ícone Avaliação, no rodapé da página você vai observar que há alguns botões azuis. Clique na opção autoavaliação e clique no botão , carregará a tela de avaliação contendo 02 páginas: primeira página com as Competências Essenciais e segunda página com as Competências Complementares.

Figura VII



2) Avaliação de Colaborador

Clique na opção Avaliação colaborador, selecione qual funcionário deseja avaliar e clique no botão "Avaliar". O sistema exibirá a tela de Avaliação para que as notas sejam atribuídas.

O processo de autoavaliação e de avaliação de colaboradores segue o padrão disposto a seguir com relação ao significado de cada cor:

1) **Azul** → "Avaliado" Faz Mais do que está escrito no indicador. Isso significa que o profissional em questão Supera as Expectativas (110%). Para toda nota Azul é obrigatório o preenchimento do campo Justificativa, para que fique registrado o que o "Avaliado" fez efetivamente a mais (fatos), além do que estava descrito naquele indicador de desempenho.
2) **Verde** → O "Avaliado" cumpre integralmente (100%) o indicador, ou seja, ele está entregando de forma adequada os resultados esperados dentro das competências.
3) **Amarelo** → O "Avaliado" cumpre parcialmente o que está proposto no indicador da competência (1 – 99%). É necessário então construir em conjunto com o "Avaliado" um plano de ação para desenvolvimento e melhoria do desempenho, podendo também adicionar uma justificativa.
4) **Vermelho** → O "Avaliado" não faz o que está escrito no indicador da competência (0%). Nesse caso é imprescindível estabelecer um ou mais planos de ação para que o profissional passe a executar e cumprir o que está definido no indicador da competência.
5) **Cinza** → Essa cor é utilizada somente quando um indicador não se aplica ao cargo que está sendo avaliado. Para toda nota cinza, também é obrigatório o preenchimento do campo Justificativa para que fique registrado o porquê de tal indicador não ter sido avaliado.

As competências e indicadores definidos pela Instituição estão divididas em duas categorias: Competências ESSENCIAIS e COMPLEMENTARES.

Competências ESSENCIAIS → São as competências fundamentais para o cargo, tanto na avaliação quanto para seleção ou treinamento dos profissionais.

Competências COMPLEMENTARES → São as competências de menor impacto no sucesso das atividades do cargo. Contribuem para completar a Avaliação de Desempenho.

Embora os significados das cores, citados anteriormente, sejam os mesmos para ambas as categorias, a escala de notas é um pouco diferente, devido ao nível de exigência ser menor para as competências COMPLEMENTARES.

Figura VIII



Um "Avaliado" que atende 100% de um indicador de uma competência ESSENCIAL, deve receber a nota verde 8 e pode vir a receber a nota verde 9 em sua próxima avaliação de desempenho.

Para um funcionário que está sendo avaliado pela primeira vez, quando este atende plenamente um indicador, deve ser atribuída sempre a nota verde menor (8 para ESSENCIAIS e 7 para COMPLEMENTARES).

A partir da 2ª ou 3ª Avaliação, caso o profissional mantenha o bom desempenho no mesmo indicador, ou seja, o bom desempenho é frequente (comparado ao histórico anterior de nota verde), então pode ser atribuída a nota verde mais alta.

Se o "Avaliado" atende parcialmente algum indicador, deverá ser atribuída a esse indicador uma nota amarela. Nesse caso, deve ser feita a seguinte análise: Se o "Avaliado" cumpre 60% ou menos do que está descrito no indicador, deve ser atribuída a nota amarela menor (6 para ESSENCIAS e 5 para COMPLEMENTARES). Entretanto, se o "Avaliado" cumpre mais do que 60% do indicador, então pode ser atribuída a nota amarela maior (7 para ESSENCIAS e 6 para COMPLEMENTARES).

Caso o "Avaliado" não faça nada do que está escrito em determinado indicador (0%), dentre as cinco opções de nota vermelha disponibilizadas (e quatro opções para Competências

COMPLEMENTARES), deve sempre ser atribuída a nota vermelha mais alta da escala (5 para ESSENCIAIS e 4 para COMPLEMENTARES).

A partir da 2ª Avaliação, caso o profissional não apresente uma melhora no desempenho (Ex.: Não cumpriu seus planos de ação.), então a nota vermelha deverá cair pelo menos 01 Ponto... (para que o profissional perceba que há consequências).
Se o "Avaliado" faz mais do que está escrito no indicador (110%), ou seja, Supera as Expectativas (faz mais do que o esperado), então sua nota deverá ser Azul. Assim como as notas verdes, inicialmente deve ser atribuída a menor nota azul e a partir das demais avaliações, se necessário, aumentá-la (quando disponível).

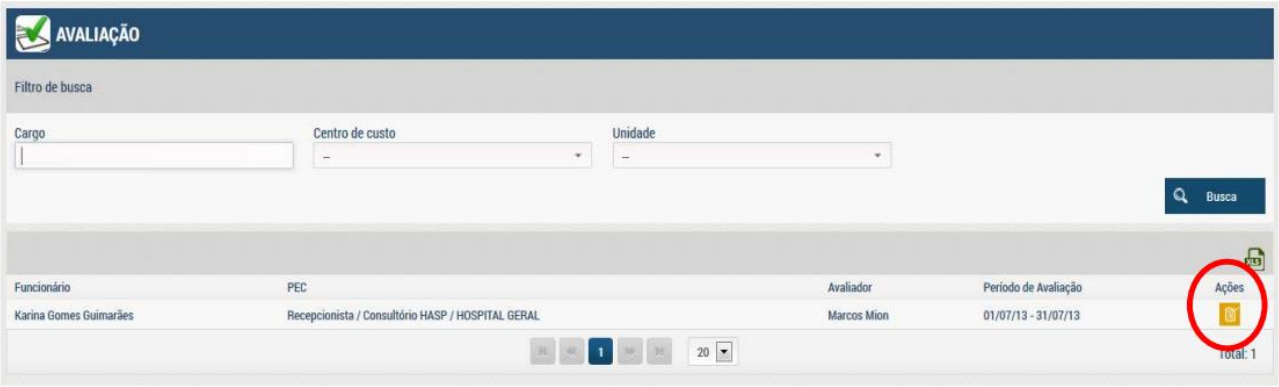
0 (Zero) não é considerado uma nota. Atribuir uma nota cinza significa somente que o indicador em questão não se aplica ao "Avaliado" e à Avaliação e, portanto, não será avaliado.

Notas cinzas também não são consideradas para os cálculos das médias a serem apresentadas nos relatórios.

Nota[5] Para ambas as notas, azuis e cinzas, é obrigatório o preenchimento de uma justificativa.

Nota[6] Se desejar somente sair do sistema e concluir a avaliação posteriormente, clique em "Sair" o sistema salvará as notas e as justificativas já atribuídas. Ao clicar em "Concluir" a avaliação não poderá mais ser alterada.

Figura IX



Iniciando a avaliação:

Leia atentamente as instruções da tela de avaliação. Na primeira página estão as competências essenciais, ou seja, as competências fundamentais para o cargo. Na segunda página estão as competências complementares, ou seja, as competências de menor impacto em suas atividades.

Atribua às notas desejadas, se a nota atribuída for maior que a nota do PEC, você deverá justificar essa escolha para que essa nota seja salva. Para notas iguais ou abaixo do PEC, as justificativas são opcionais. Se o indicador não se aplica ao cargo do colaborador, que você está avaliando, poderá optar pelo cinza (zero), justificando o motivo de ter invalidado esse indicador.

Após atribuir nota a todos os indicadores, clique em "Concluir". Se desejar somente sair do sistema e concluir a avaliação posteriormente, clique em "Sair" o sistema salvará as notas e as justificativas já atribuídas.

Ao clicar em "Concluir" a avaliação não poderá mais ser alterada.

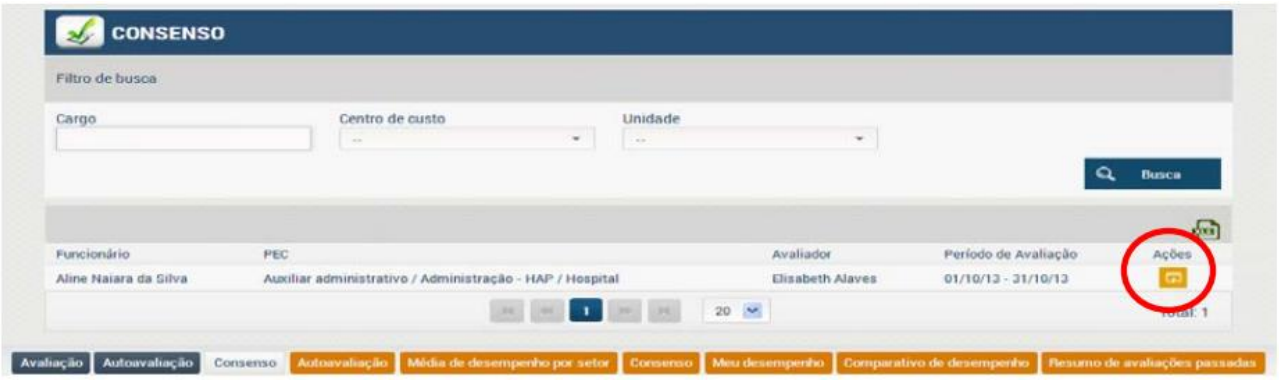
Regras:

- Só poderá ser avaliado o profissional que já tiver cumprido o " Tempo Mínimo " de ocupação do PEC atual (consulte o seu RH), e de vínculo a um mesmo líder, ou seja, alterá-lo de PEC ou de líder fará com que a avaliação só possa ser feita após esse " Tempo Mínimo" a contar da data da alteração.
- Um funcionário só poderá ser avaliado novamente após 12 meses da última avaliação.

3) Consenso

Clique no ícone Módulo Desempenho, em seguida no ícone Avaliação e clique na opção consenso, escolha de qual colaborador deseja realizar e clique no botão "Lançar".

Figura X



O sistema abrirá a tela de lançamento do consenso. Caso as notas dadas pelo avaliado e pelo avaliador sejam iguais, o sistema já trará a nota do consenso preenchida, embora passível de alteração.

Caso tenham sido lançadas justificativas durante o preenchimento da Avaliação ou Autoavaliação, ao passar o mouse sobre as notas o cursor deixará de exibir uma seta e passará a mostrar uma mão, indicando que ali há justificativa lançada. Basta clicar na nota e o sistema exibirá uma janela com o texto da Justificativa.

Sempre que a nota do consenso for inferior à nota exigida pelo PEC, o sistema exibirá um botão "+" abaixo da nota realizada consenso, indicando que é preciso lançar um plano de ação para a melhoria daquele indicador.

Figura XI

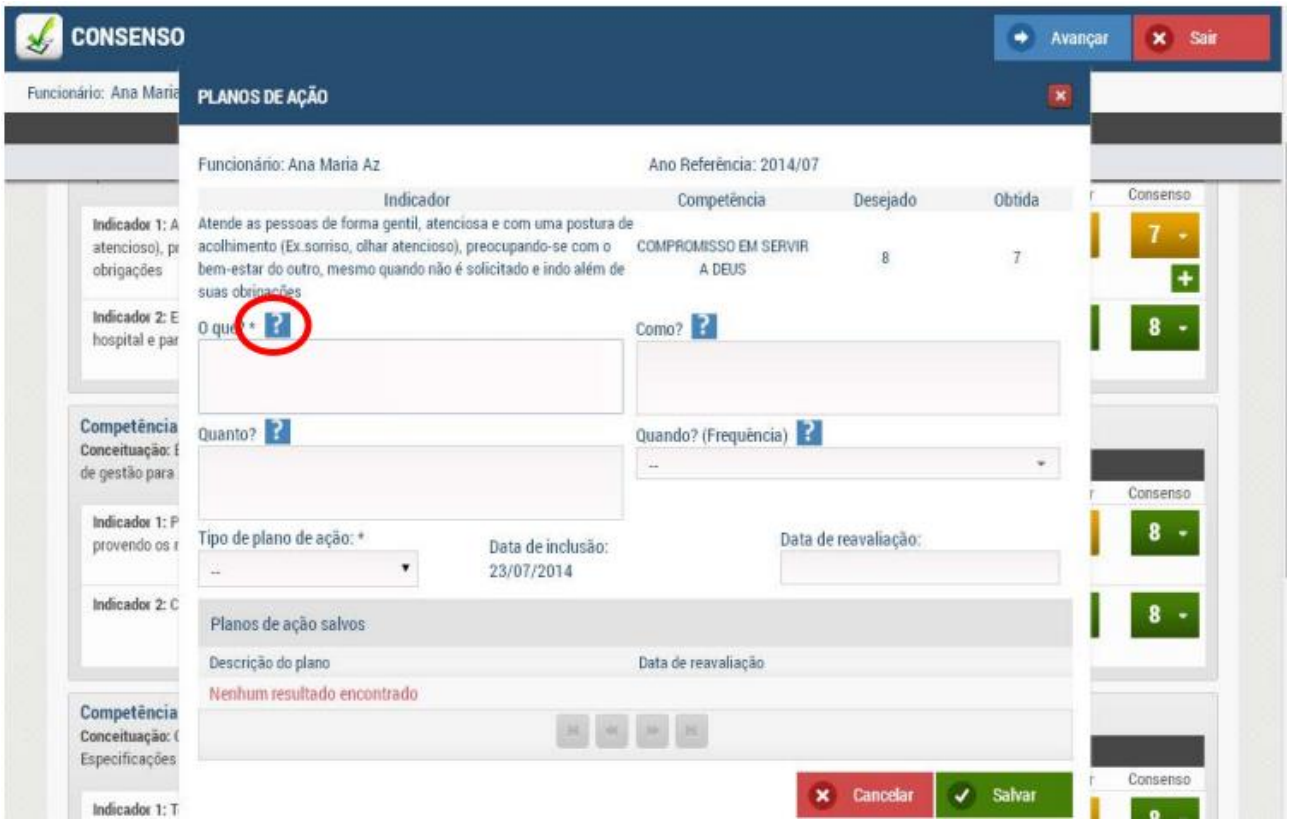


* Para lançar um plano de ação: clique no botão abaixo da nota consensada. O sistema abrirá uma tela para inclusão de plano de ação. Preencha os campos solicitados e clique em salvar.

Os campos com o símbolo "?" trazem orientações adicionais. Ao clicar sobre o símbolo, uma janela exibirá o que deve ser lançado no campo correspondente.

Não há uma quantidade mínima ou máxima de planos de ação a lançar; o que rege a criação de um plano de ação é o comum entendimento de que a ação planejada auxiliará o avaliado a reduzir ou sanar o gap apresentado em determinado indicador.

Figura XII



Importante! Ao inserir um plano de ação deve-se respeitar as seguintes regras:

- A data de reavaliação não pode ultrapassar 11 meses da data de inclusão;
- Após encerrado o consenso, o gestor só poderá alterar a data de reavaliação uma única vez.
- Uma vez salvo, o plano de ação não poderá ser excluído.

Finalizado o lançamento dos planos de ação você deverá clicar em concluir e o sistema trará a opção de escolher se quer associar as datas de reavaliação dos planos de ação à sua agenda.



Plano de Ação

O ícone Planos de Ação permite ao avaliador consultar os planos de ação já lançados ou inserir novos planos de ação após a conclusão do consenso. Além disso, é por meio desse ícone que o avaliador atualiza o status dos planos de ação de seus avaliados ou ainda prorroga o seu

cumprimento. Para acessar, clique no Módulo Desempenho localizado na tela inicial do sistema, e em seguida, clique no ícone Planos de Ação.

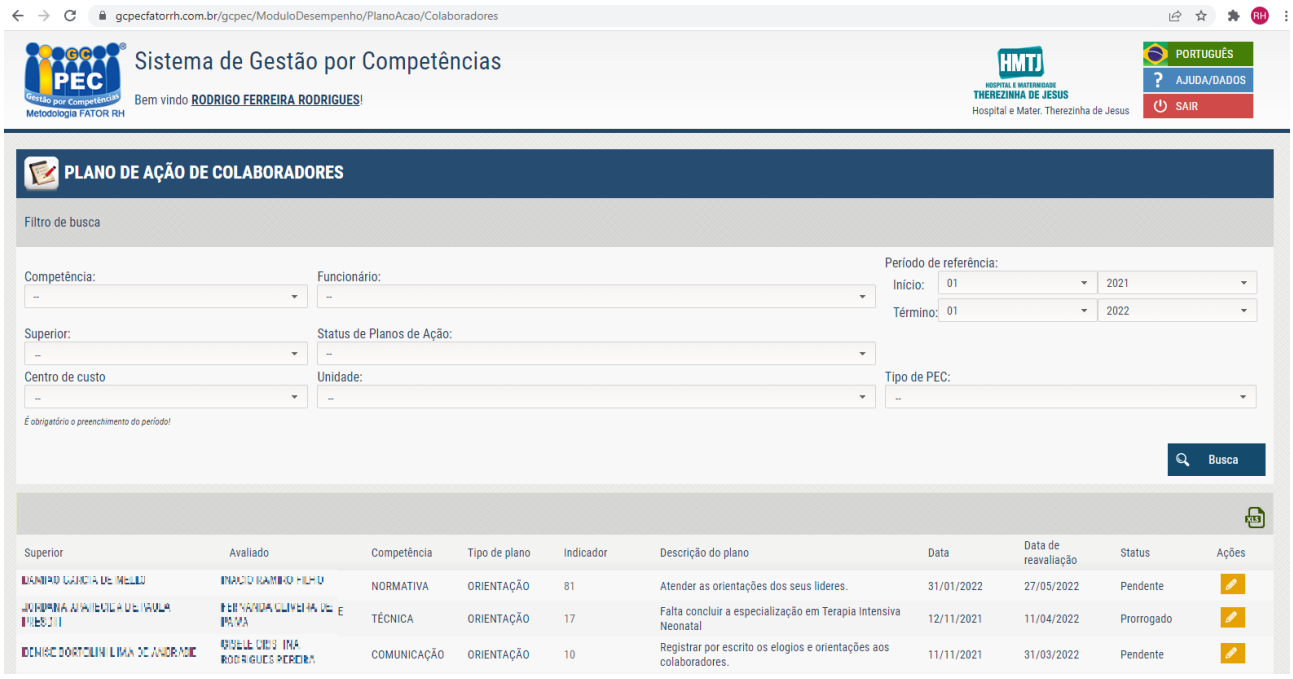
Consultar plano de ação: Ao clicar no ícone Plano de Ação o gestor terá duas opções:

Meus Planos de Ação → Nesta opção ele só consulta os seus planos de ação. Não tem acesso para realizar alterações).

Planos de Ação Colaboradores → Neste caso o sistema abrirá uma tela com todos os colaboradores desse avaliador. Nela ele poderá escolher de qual funcionário quer acessar os planos de ação.

O avaliador terá acesso para Consultar, Alterar e Incluir.

Figura XIII



*** Para inserir novo plano de ação** → basta clicar no submenu Planos de Ação Colaboradores e clicar em Adicionar. Selecione o colaborador e clique no botão Ação à frente do Indicador para o qual deseja incluir um novo plano de ação. A janela de inclusão aparecerá tal qual na tela de consenso. Preencha os campos solicitados e clique em Salvar

Importante! Um gestor só poderá inserir novo plano de ação para seu subordinado direto.

*** Para prorrogar um plano de ação** → basta clicar no submenu Planos de Ação Colaboradores, escolher o profissional cujo plano de ação será prorrogado e clicar no botão Ação. O sistema abrirá o plano de ação. Modifique o status para prorrogado e mande salvar. O plano será prorrogado por mais 30 dias.

Importante:

- A data de reavaliação pode ser prorrogada por mais 30 dias, desde que o plano de ação não conste como vencido.
- O avaliador receberá 03 e-mails de alerta de Planos de Ação:
  - Planos de ação a Vencer: todo dia 10 de cada mês (alerta sobre o restante do mês);
  - Planos de ação a Vencer: todo dia 25 de cada mês (alerta sobre o próximo mês);
  - Alerta de Plano de Ação Vencido: dia seguinte ao vencimento.
- Os planos de ação Vencidos terão 30 dias corridos, a contar da data de vencimento, para serem atualizados em seu status para Realizado ou Não Cumprido. Após esse prazo, não poderão mais ter seu status alterado.
- Os planos de ação de colaboradores desligados são automaticamente cancelados quando da atualização mensal do cadastro de funcionários.
- Caso o avaliado esteja afastado na data de reavaliação, o status dos seus planos de ação será automaticamente alterado para Suspenso, desde que o RH tenha efetuado a atualização mensal dos dados no sistema

Quando da ocorrência de vencimento do plano de ação, o avaliador deverá criar um feedback de elogio ou orientação para cada plano de ação vencido no sistema, conforme modelo a seguir:

1) Fato Ocorrido → NOVA ORIENTAÇÃO - PLANO DE AÇÃO ANO: descrever o nome do plano de ação, assim como cadastrado no GCPEC no campo "o que?"

2) Compromisso Assumido → Descrever a forma que a ação deve ser realizada campo "como?"

3) Revisar em → Escolher um período de tempo de acordo com a necessidade para conclusão da ação.

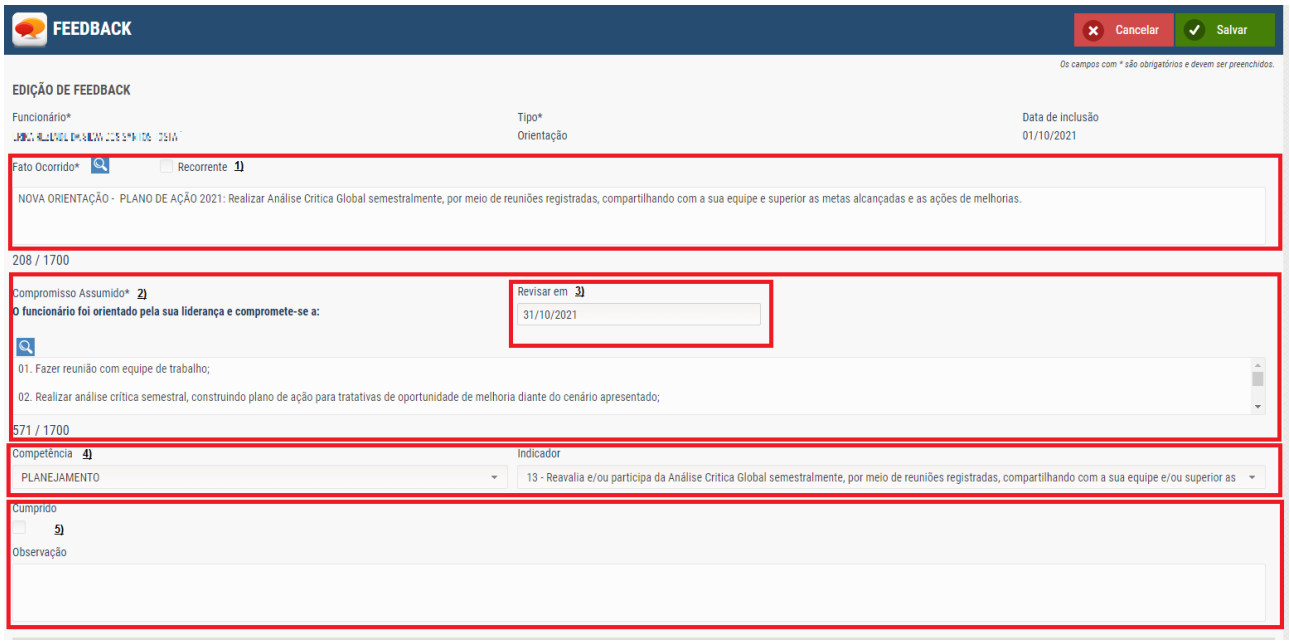
4) Competência e Indicador → Escolher **competência** de acordo com plano de ação traçado e incluir **indicador** que mais se adeque ao plano de ação.

5) Antes do término do prazo dado para revisão, cabe a coordenação entrar no feedback criado, relativo ao plano de ação, e assinalar se os fatos acima foram ou não cumpridos. No campo observação, o líder deve preencher com as evidências que demonstre tal conclusão.

Nota[7] Os dados dentro do campo feedback só poderão ser atualizados antes da data da reavaliação, após o data o sistema bloqueia.

Nota[8] Caso a liderança perca o prazo, a mesma deverá criar um novo feedback de elogio se as ações foram cumpridas ou de orientação descrevendo novo período para reavaliação.

Figura XIV



Feedback

O ícone Feedback permite ao gestor consultar os feedbacks já lançados ou inserir novos feedbacks para seus subordinados diretos. Para acessar, clique no Módulo Desempenho localizado na tela inicial do sistema, e em seguida, clique no ícone Feedback.

1) Meus Feedbacks

Para consultar os feedbacks recebidos: o gestor tem a opção de consultar os próprios feedbacks. É só clicar no submenu Meus Feedbacks. Defina o período que deseja pesquisar e clique em Busca.

Figura XV



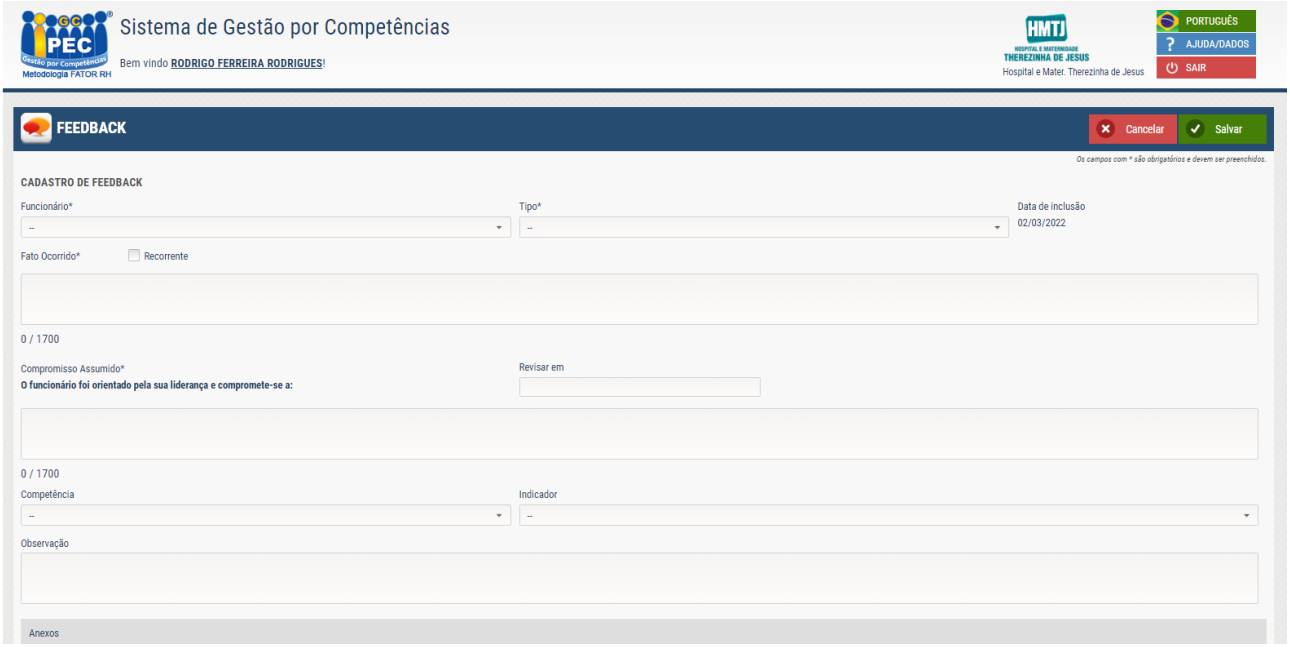
A tela carregará a lista de todos os feedbacks recebidos com sua respectiva descrição. Para visualizar mais detalhes, clique no botão de consulta . Lembre-se que não é possível editar os próprios feedbacks.

2) Feedbacks de colaboradores

Para consultar feedbacks atribuídos a qualquer profissional da instituição: clique no submenu Feedback de Colaboradores faça a busca conforme os filtros escolhidos. O sistema exibirá todos os feedbacks registrados com as respectivas descrições.

Para inserir um feedback para um colaborador: clique no botão Adicionar nessa mesma tela. O sistema abrirá a tela de Cadastro de Feedback. Preencha os campos e clique em Salvar.

Figura XVI



Importante: Se o feedback cadastrado foi do tipo com advertência ou suspensão, o sistema mostrará na tela uma mensagem para o Gestor informando que deve ser impresso o formulário de Registro de Feedback para ser assinado e encaminhado para a área de RH/DP para as providências legais pertinentes.



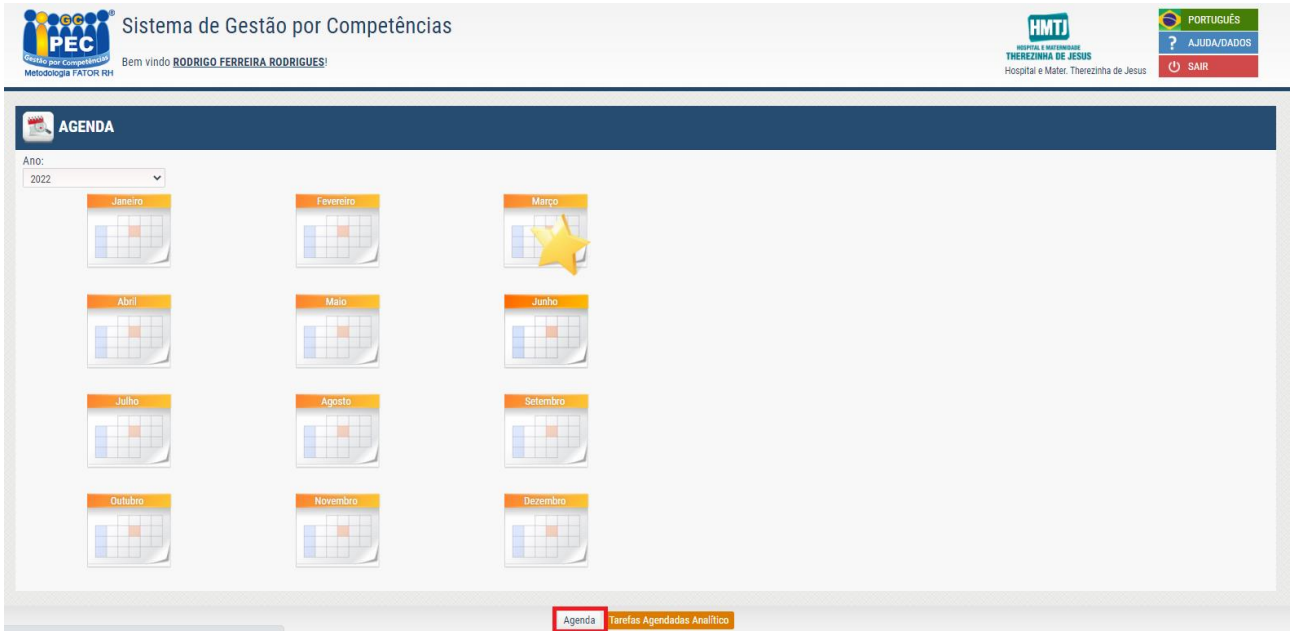
Tarefas agendadas

O ícone Tarefas Agendadas permite ao gestor visualizar todos os compromissos assumidos em relação ao projeto de Gestão de Pessoas por Competências, reunindo informações de todos os módulos do GCPEC.

Em relação ao Módulo de Desempenho, Tarefas Agendadas exibirá, em forma de calendário, as seguintes tarefas:

- Período de Autoavaliação;
- Período de Avaliação de Subordinados;
- Data de Reavaliação de Plano de Ação próprio;
- Data de Reavaliação de Plano de Ação de Colaboradores.

Figura XVII



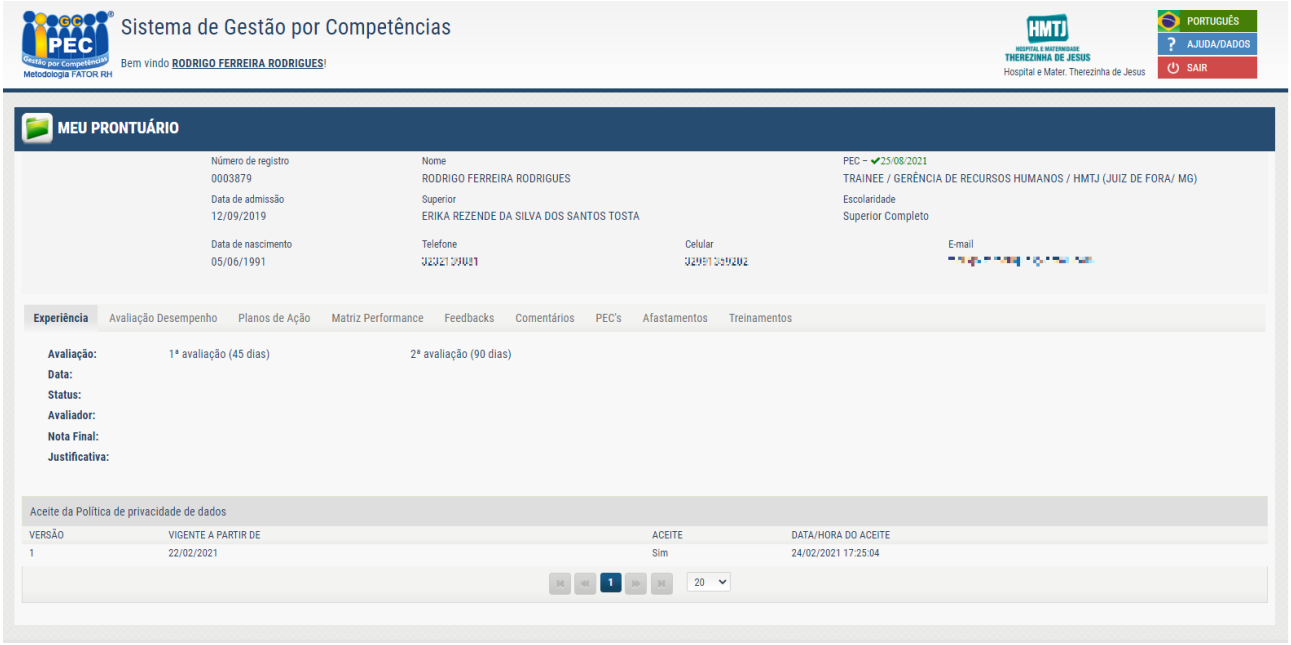
Prontuário

No ícone prontuário o avaliador terá a acesso as todas as suas informações e de seus avaliados.

1) Meu prontuário

Clique no ícone prontuário, clique na opção "Meu prontuário", e clique em uma das opções Avaliação Desempenho, Planos de Ação, Feedbacks, Curso e Eventos e Afastamentos.

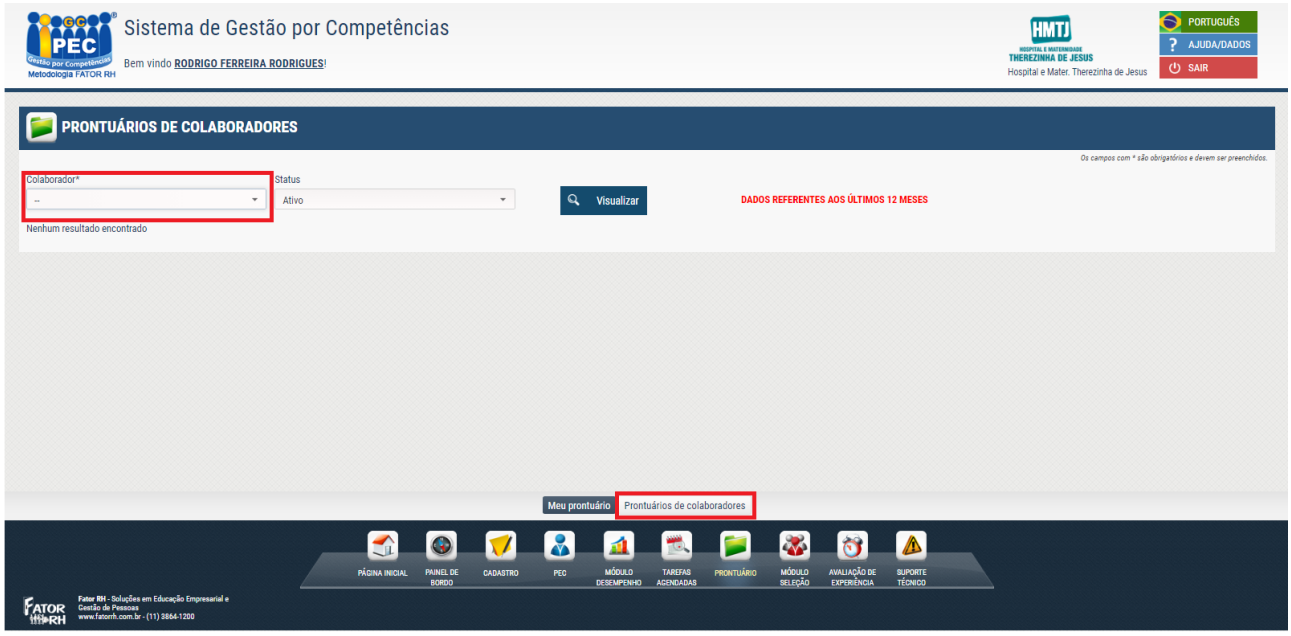
Figura XVIII



2) Prontuário de colaboradores

Clique na opção "Prontuários de colaboradores", escolha no filtro "Colaborador" de qual funcionário deseja visualizar o prontuário, e clique no botão "Visualizar".

Figura XIX



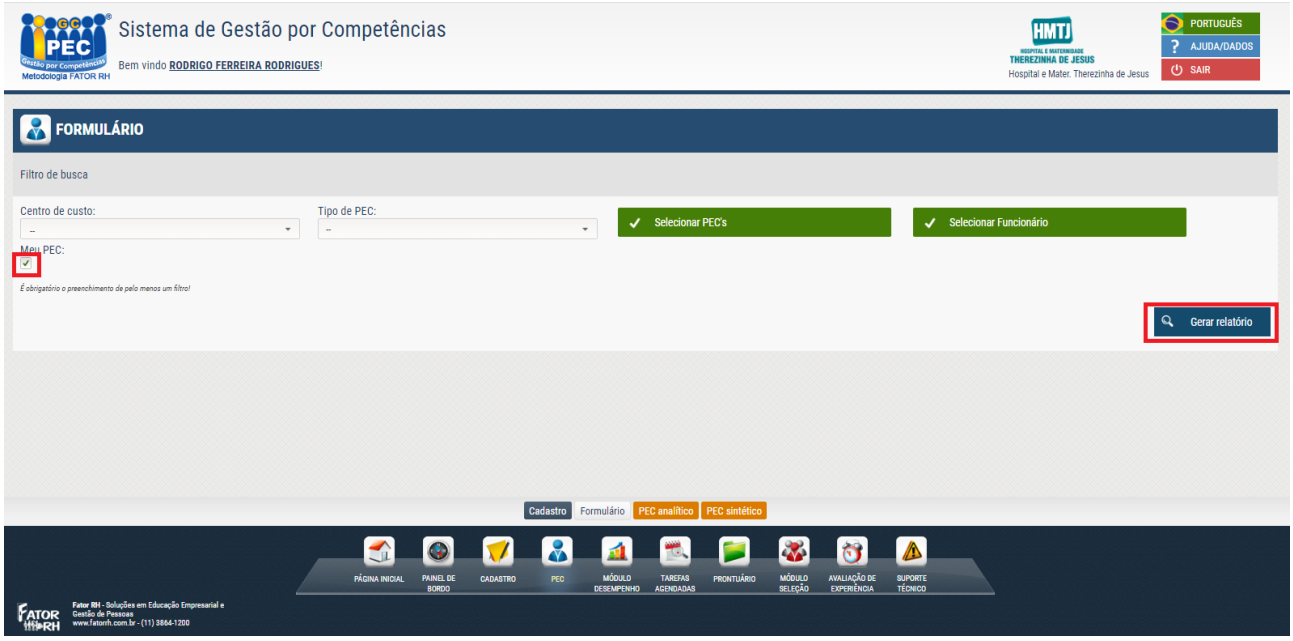
Manual do Avaliado (perfil de colaborador)

PEC

No ícone PEC o colaborador poderá consultar o seu PEC.

Clique em PEC selecione a opção "Meu PEC" e clique em "Gerar Relatório".

Figura XX



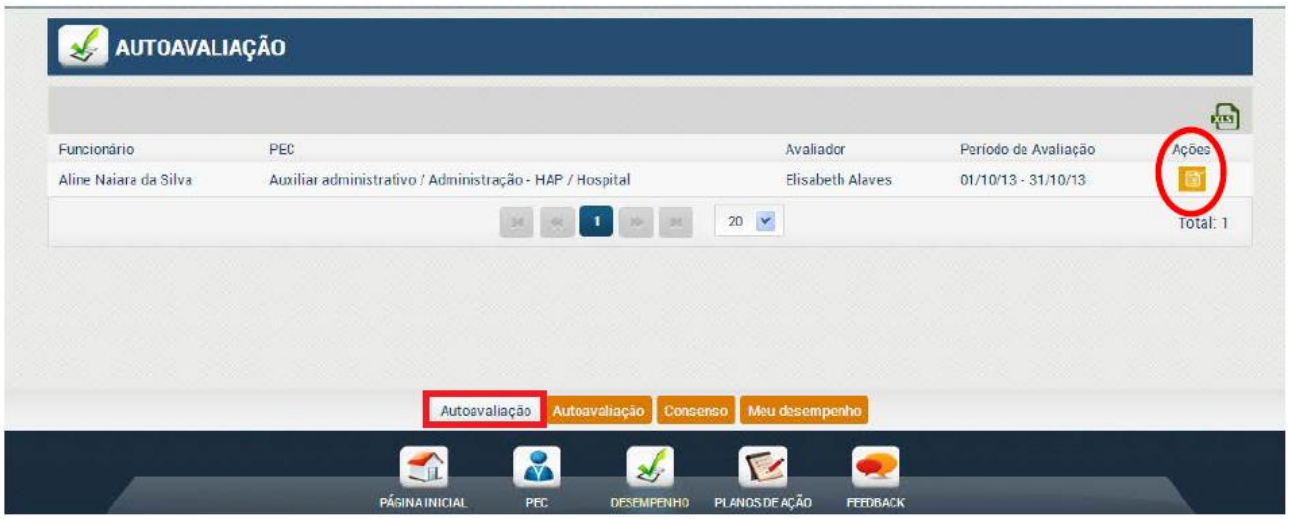
O sistema exibirá o relatório na mesma tela. Se desejar exportar, escolha para qual versão quer exportar e clique no botão verde "Exportar".

Avaliação

Nesse ícone o avaliado poderá realizar a sua autoavaliação.

Para fazer a autoavaliação → O avaliado deve clicar no ícone avaliação, escolher a opção autoavaliação no botão azul na parte inferior da tela e clicar no botão "Ações".

Figura XXI



Iniciando a autoavaliação:

Leia atentamente as informações da tela de avaliação. Na primeira página estão as competências essenciais, ou seja, as competências fundamentais para o exercício do seu cargo. Na segunda página estão as competências complementares, ou seja, as competências de menor impacto em suas atividades.

Atribua as notas desejadas, se a nota atribuída for maior que a nota do PEC, você deverá obrigatoriamente que justificar sua escolha. A nota só será salva depois que a justificativa for preenchida. Se sua nota for igual ou inferior a nota do PEC, a justificativa é opcional. Se o indicador não se aplica ao seu cargo, poderá optar pelo cinza (zero), justificando o motivo de ter invalidado esse indicador.

Para navegar pelas páginas 01 e 02 da sua autoavaliação, utilize os botões "Avançar" e "Voltar".

Após atribuir nota a todos os indicadores, clique em "Concluir". Se desejar somente sair do sistema e concluir a avaliação posteriormente, clique em "Sair" o sistema salvará as notas e as justificativas já atribuídas.

Ao clicar em "Concluir" a avaliação não poderá mais ser alterada.

Figura XXII





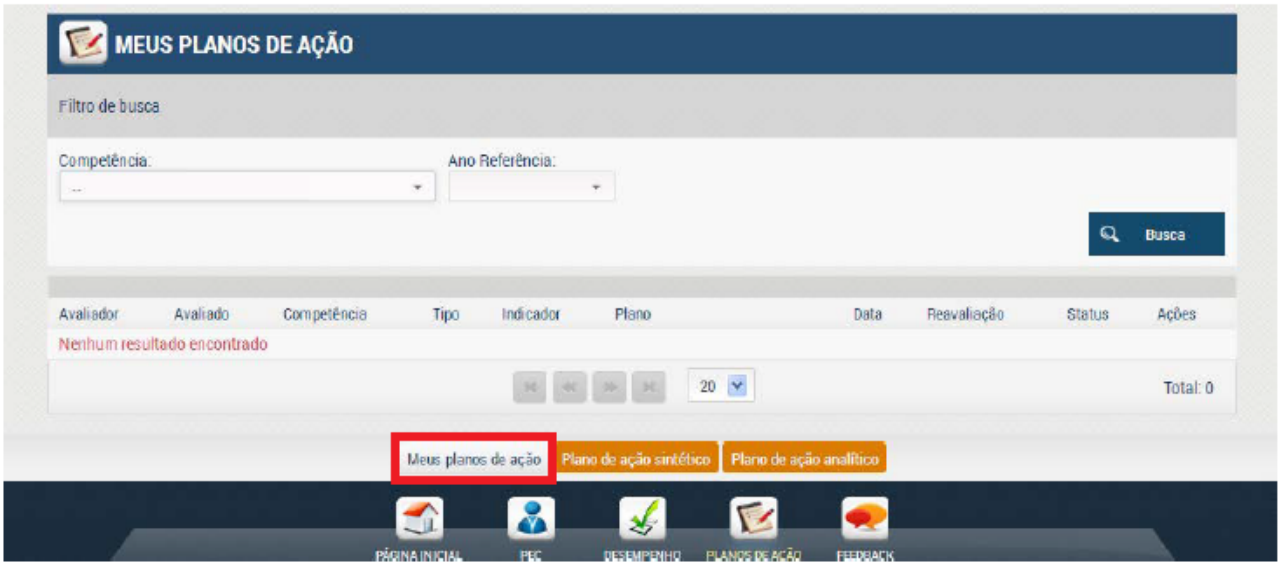
Plano de Ação

Nesse ícone o avaliado poderá consultar os seus planos de ação e os relatórios de plano de ação sintético e analítico.

Clique no ícone Plano de Ação, escolha qual filtro de busca deseja utilizar para visualizar os seus planos de ação e clique no botão "Busca".

Para visualizar os relatórios, clique no relatório que deseja visualizar, selecione um filtro de busca para agilizar a sua escolha e clique em "Gerar relatório".

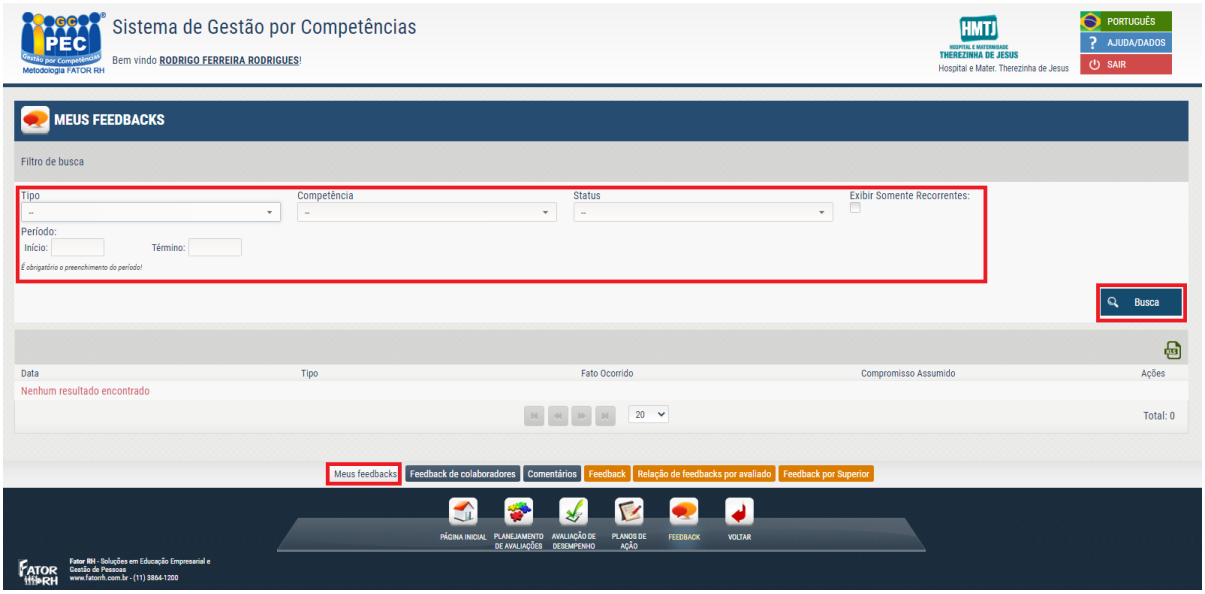
Figura XXIII



Feedback

No ícone Feedback o avaliado poderá consultar os seus Feedbacks. Clique no ícone feedback, escolha o filtro desejado e clique no botão "Busca", aparecerá todos os seus feedbacks recebidos, de acordo com o filtro escolhido.

Figura XXIV





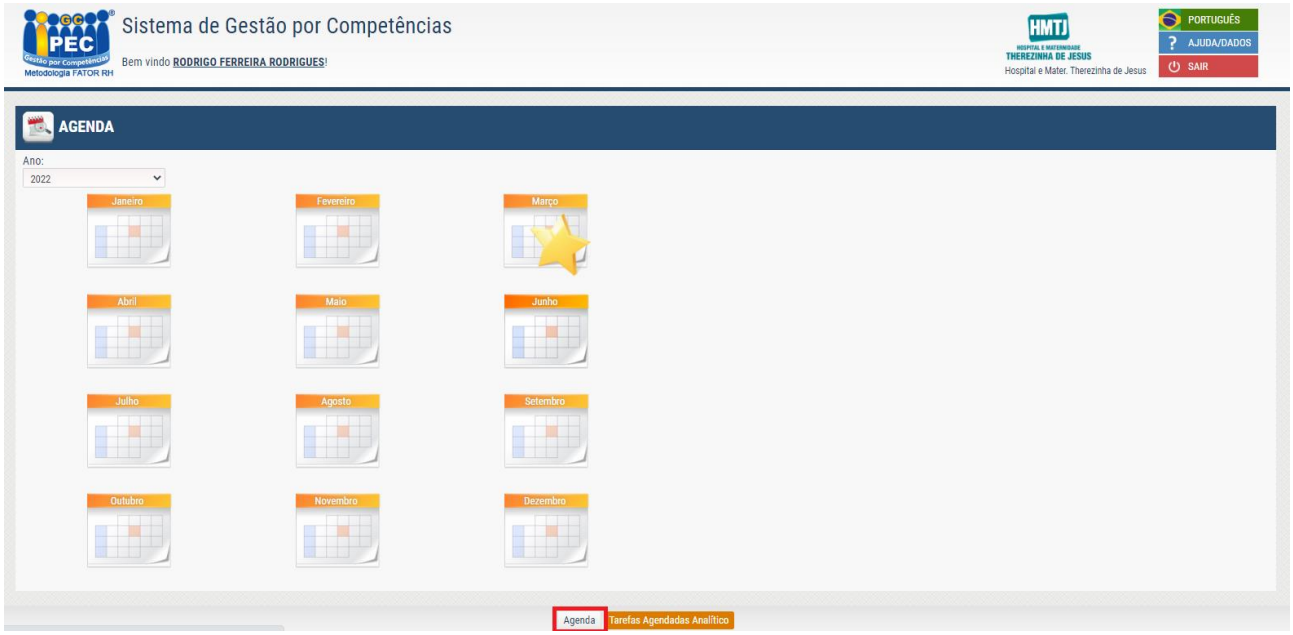
Tarefas agendadas

O ícone Tarefas Agendadas permite ao avaliado visualizar todos os compromissos assumidos em relação ao projeto de Gestão de Pessoas por Competências, reunindo informações de todos os módulos do GCPEC.

Em relação ao Módulo de Desempenho, Tarefas Agendadas exibirá, em forma de calendário, as seguintes tarefas:

- Período de Autoavaliação
- Data de Reavaliação de Plano de Ação próprio

Figura XXV

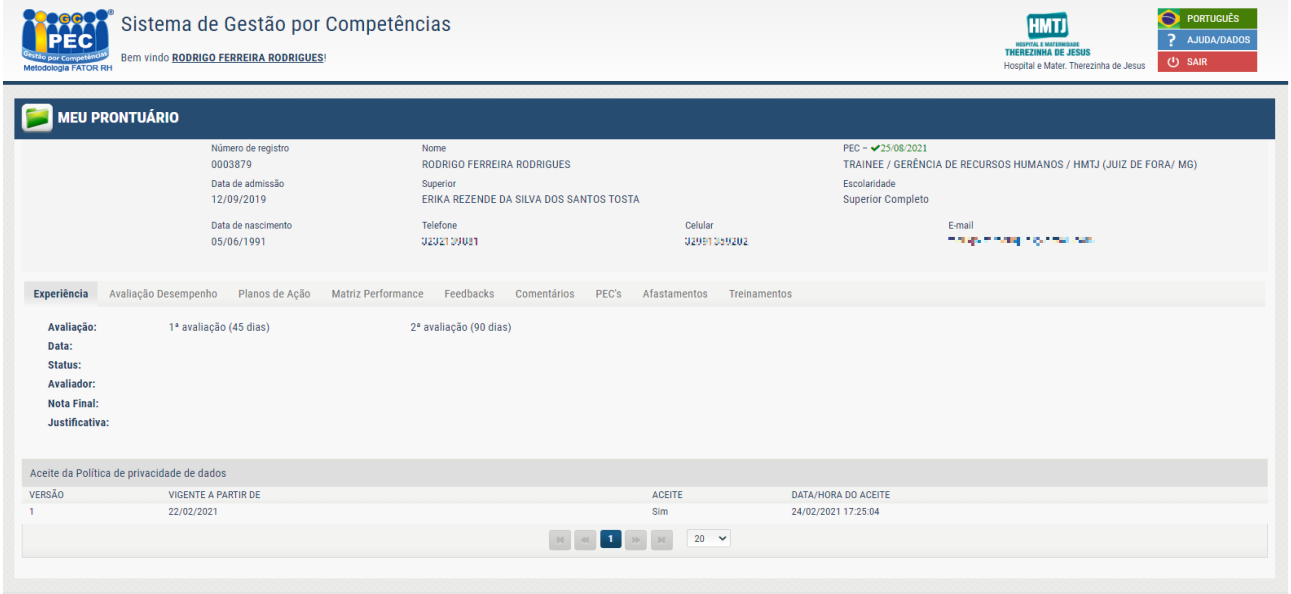


Prontuário

No ícone prontuário o avaliado terá a acesso as todas as suas informações.

Meu Prontuário → Clique no ícone prontuário, clique na opção "Meu prontuário", e clique em uma das opções Avaliação Desempenho, Planos de Ação, Feedbacks, Curso e Eventos e Afastamentos.

Figura XXVI



Nota[9] Os processos relativos a consulta e registro de feedback, comentários e planos de ação, também podem ser feitos por meio do aplicativo "GCPEC" disponível nas plataformas Android e iOS.

1. INDICADORES DE EFETIVIDADE:

I. **Avaliação de Desempenho por Competências (Anual) - Meta: 80%** - dos profissionais com pontuação acima de Bom e 20% como Regular (Oportunidade de melhoria) / Ruim.

II. **Percentual das Atividades de Gestão de Pessoas (Mensal) - Meta: 80% -** nos processos descritos pelo indicador.

III. **Avaliação de experiência dos colaboradores - Meta 100% -** dos profissionais avaliados no período correto.

IV. **Cumprimento dos Planos de ação - Meta 100% -** dos planos de ações dos colaboradores cumpridos.

2. EXCEÇÕES:

Serão encaminhadas ao RH para análise e aprovação junto a Diretoria Administrativa da Entidade.

3. CONTINGÊNCIA:

I. **Não realização da avaliação no período de experiência** → Caso a liderança imediata não realize a avaliação de experiência do colaborador, cabe a mesma a realização de 4 feedbacks (1 para cada competência essencial), afim de apresentar um retorno ao colaborador sobre seu desempenho nas competências essenciais para o desempenho de sua função.

II. **Não realização da avaliação de desempenho anual** → Somente é permitido prorrogar uma avaliação de desempenho uma vez e por 30 dias. Se o consenso não foi concluído e o período se encerrou, todas as avaliações serão excluídas do sistema e o RH programará uma nova data para que o Avaliador e "Avaliado" façam novamente todo o processo de avaliação.

III. **Não cumprimento do plano de ação no prazo** → Para acompanhamento dos planos de ação, o gestor poderá controlar por meio do ícone Plano de ação ou em feedbacks. O RH realiza o controle do cumprimento dos planos de ações, após vencidos os mesmos terão 30 dias corridos, a contar da data de vencimento, para serem atualizados em seu status para Realizado ou Não Cumprido. Após esse prazo, não poderão mais ter seu status alterado. **Observação:** Caso o plano de ação vença, cabe a liderança direta a criação de um feedback ou de elogio ou de orientação, dependendo do desempenho, tendo como fato ocorrido, a descrição do plano de ação e o compromisso assumido a descrição dos fatos para acompanhamento.

4. VIGÊNCIA:

Esse procedimento passa a vigorar a partir da data de sua publicação ou da data de sua última revisão. O mesmo deve ser revisado conforme padronização definido pelo setor de qualidade da instituição, ou sempre que surgirem atualizações nos processos da plataforma GCPEC que impactem os usuários.

V. Siglas e Definições

DP - Departamento pessoal
GCPEC - Sistema de gestão por Competências
PDI - Planos de Desenvolvimento Individuais
PEC - Perfil Estruturado por Competências

RH - Recursos humanos

VI. Anexos

Manual de avaliação avaliador e avaliado

Guia rápido de acesso GCPEC

VII. Referências

Manual de gestão por competências para líderes.

Política de Gestão de Pessoas do HMTJ.

10.2.3: ÁREA DA QUALIDADE TÉCNICA

POLITICA DE RECURSOS HUMANOS

Registro e controle de pessoal e modelo para escalas de trabalho e apresentação de critérios para casos de afastamentos (férias e licenças)

HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS			
PROCEDIMENTO SISTÊMICO - PRS			
Título: Processos do Departamento De Pessoal			
Responsável: Gestores e Coordenadores dos setores	**Código:** PRS HMTJ 233	**Revisão:** 01	**Data:** 06/04/2022

I. Objetivos

Disseminar o processo do Departamento De Pessoal, melhorar o desempenho dos processos internos que serão abordados abaixo e desenvolver estratégias para alinhar junto às unidades aos objetivos da organização.

II. Materiais

Computador

III. Abrangência

Todos os setores do Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus e Unidades OSS HMTJ

IV. Descrição dos passos da atividade

1. DESCRIÇÃO

1.1. O Departamento De Pessoal é parte integrante de uma estrutura organizacional de todas as empresas. Um setor que lida, exclusivamente, com todos os processos burocráticos no que diz respeito aos funcionários, onde suas principais responsabilidades são: contratação, administração do cadastro, desligamentos, férias, concessão de licenças, afastamento médico, 13° salário, folha de pagamento entre outros.

1.2. Cuida exclusivamente, neste caso, de números e arquivos. O D.P é o “Departamento responsável pela administração de todos os procedimentos que envolvam os empregados, por fazer cumprir a legislação trabalhista e, de certa maneira, o setor que serve como termômetro em uma escala inversamente proporcional para o setor jurídico. Ou seja, quanto melhor definido os processos dentro do Departamento De Pessoal, menor o número de processos impostos pelos ex-funcionários.

1.3. Sendo assim, este setor traz a organização, uma economia em suas despesas. Em geral, é o setor que administra 60% do custo total da empresa. Com a complexidade da legislação, é necessário que os funcionários de tal departamento, estejam sempre atualizados e informados sobre assuntos que envolvam este setor, como, por exemplo, admissão e desligamento, sendo um dos assuntos mais simples, ou até mesmo em assuntos mais complexos, para que a rotina do departamento seja executada corretamente.

1.4. O Departamento De Pessoal, em regra, é dividido em três macros processos: Admissão, Direitos Trabalhistas e Desligamento. O processo de Admissão tem por função efetuar o registro de acordo com as

conformidades da legislação do trabalho. Hoje, na OSS HMTJ, por decisão da direção atual o processo admissional é conduzido pelo RH, sendo o DP responsável pelo arquivamento e atualização dos dossiês.

1.5. O Direito Trabalhista constitui por toda a parte que envolve os direitos do trabalhador e os deveres da empresa, desde a sua integração. Controla todo o fluxo de frequência, as médias de férias, a proporcionalidade do 13º salário, as médias dos adicionais noturnos, insalubridades, periculosidades, os benefícios, as rescisões, os envios das informações trabalhistas para o Governo Federal além dos pagamentos de taxas, impostos e contribuições.

1.6. O processo rescisório cuida de toda atividade relativa aos desligamentos e rescisão do contrato de trabalho dos funcionários. Além de ser responsável por todos os direitos trabalhistas junto aos sindicatos e das leis previstas na CLT, Portarias, Medidas Provisórias e jurisprudências dos Tribunais Superiores. Sendo assim, vemos claramente a importância em se ter a implantação do Departamento De Pessoal nas organizações, pelo fato de agilizar os processos burocráticos internos na relação entre empregado e empregador, mantendo essa relação trabalhista de acordo com todas as leis vigentes, direcionando a organização ao alcance de todas as exigências impostas a ela.

2. ADMISSÃO

Toda admissão deve ser feita de 01 a 20 de cada mês pelo RH.

3. CONTROLE DE PRESENÇA

Todos os colaboradores devem ter sua frequência ao trabalho registrado através do ponto biométrico ou folha manual para casos **extraordinários**. O ponto deve ser registrado pelo próprio funcionário, onde deve ser registrado no início do expediente, início e final de intervalo para almoço/janta, e final no expediente. A ausência de marcação no ponto sem justificativa implicará no salário, sendo considerada falta ao trabalho, desconto em folha de pagamento e advertência por escrito. Em caso de troca ou substituição, o ponto deverá ser registrado normalmente pelo colaborador que estará trabalhando e a solicitação de troca ser previamente solicitada à chefia imediata através do FLUIG e enviado ao D.P no prazo de 48h de antecedência**. O período de apuração do ponto vai do dia 01 ao dia 30**, onde neste período são apuradas as faltas justificadas e injustificadas, atrasos, trocas, extras, adicionais e substituições que serão lançados em folha. Todo ajuste de marcação será inicialmente tratado pela **chefia imediata** dentro do período pré-estabelecido, e **impreterivelmente liberado ao DP até o dia 1º do mês subsequente**. Caso o colaborador tenha algum problema em sua biometria, impossibilitando sua marcação de ponto no relógio biométrico, o mesmo deverá apresentar no D.P um laudo médico dermatológico onde conste sua impossibilidade na marcação da biometria. Neste caso o ponto, todavia, será registrado através de Folha de Ponto Manual e ao final do período, o mesmo deverá ser entregue no D.P devidamente preenchido e assinado pelo colaborador e seu coordenador. A ausência de entrega da Folha de Ponto Manual no D.P ao

final do período ou com preenchimento incorreto, implicará no salário sendo considerada falta ao trabalho e gerando desconto em folha de pagamento.

4. BENEFÍCIOS

A compra do VT, VA e VR será efetuada no máximo até o dia 22 de cada mês porque os benefícios deverão estar disponíveis até o dia 1º de cada mês. A empresa concede o benefício do vale transporte ao funcionário para locomoção entre residência x trabalho x residência, somente. O funcionário optante pelo recebimento do benefício participará dos gastos de seu deslocamento com desconto em seu salário no percentual de 6%. O vale transporte é concedido ao funcionário que optar pelo recebimento através do preenchimento do documento de opção de transporte fornecido pelo RH na admissão ou, em qualquer momento posterior, no D.P. Sua disponibilização é feita através do cartão magnético e seu uso é **pessoal e intransferível**. Observando que o uso indevido poderá acarretar penalidade conforme legislação. O uso e conservação do cartão é responsabilidade de cada um. E sua inteira responsabilidade locomover-se para residência X trabalho X residência, apenas. Em caso de ausência do cartão por perda, roubo ou avaria o funcionário deverá solicitar outro cartão no D.P. A 1ª via o cartão não tem custo algum para o colaborador, já a emissão da 2ª via em diante tem um custo de aproximadamente R$ 27,00 a depender de cada região. Sendo descontado de seu salário na folha de pagamento do mês seguinte.

O Vale Alimentação e o Vale Refeição são comprados e fornecidos nos mesmos moldes do VT, nas mesmas datas citadas acima e somente para as regiões onde existem acordos coletivos ou convenções coletivas que os regule e delimite os valores a serem pagos. Nesses casos não existe desconto na folha de pagamento para o fornecimento do benefício e também não são considerados como cálculo ou médias salariais.

Os benefícios são disponibilizados no cartão magnético do colaborador até o 1º dia útil do mês.

5. FOLHA DE PAGAMENTO

O pagamento de salário é feito mensalmente até o 5º dia útil do mês.

6. FÉRIAS

O Departamento De Pessoal central envia às coordenações a provisão anual de férias dos funcionários informando a data inicial e a data limite de gozo de férias. As coordenações fazem toda a programação anual de férias da sua equipe e envia, através do FLUIG, para o Departamento De Pessoal central até o dia 20 do mês de dezembro do ano anterior. Caso haja alguma alteração de programação das férias ao longo do ano, o coordenador responsável deverá enviar até o dia 10 do mês anterior. Isso se faz necessário porque o Aviso de Férias deve ser assinado com 30 dias que antecede o início do gozo. Antes de autorizadas as férias, no próprio sistema FLUIG, é verificada pendências com o SESMT que analisa junto ao setor se o ASO e o cartão de vacinação estão em dia, etc. Caso tenha alguma pendência, o funcionário

terá 48 horas para resolvê-la, caso contrário, às férias estarão suspensas. Com a listagem final de férias liberadas, o Departamento De Pessoal cadastra as férias no Sistema RM, emite o Recibo e Aviso das férias para que o funcionário as assine com 30 dias de antecedência. Emitirá também o líquido de férias e arquivo bancário para o financeiro.

Prazo para pagamento de férias: 02 dias antes do início do gozo.

7. DESLIGAMENTOS

7.1. Pedido de Demissão: O colaborador comparece ao D.P da unidade, faz uma carta escrita a próprio punho informando que à partir daquela data está solicitando o desligamento da empresa e opta por cumprir ou não o aviso prévio. O D.P da unidade envia as informações, via FLUIG, sobre o detalhamento da demissão para a CSC JF e a carta original é arquivada dentro da documentação do colaborador desligado na unidade. Após o cálculo da rescisão, a CSC JF envia os documentos pertinentes à rescisão, via FLUIG, para o D.P da unidade solicitante. Os mesmos serão impressos, carimbados, assinados e homologados em sindicato ou no próprio D.P, dependendo do caso. Colaboradores com menos de 01 (um) ano não serão homologados no sindicato. Assina sua rescisão, a baixa na CTPS e exame demissional em até (10) dez dias contados o dia do seu desligamento. Colaboradores com mais de 01 (um) ano a homologação será feita no sindicato da classe caso esteja acordado ou convencionado pelo sindicato. O mesmo será informado pelo D.P da unidade, no dia da sua solicitação de desligamento, o dia e horário em que deverá comparecer no sindicato correspondente para homologação do TRCT e baixa na CTPS.

7.2. Dispensa por Iniciativa do Empregador: As demissões por iniciativa da empresa devem ser solicitadas a CSC JF através do FLUIG para saber se há possibilidade financeira e estratégica. Sendo aprovada e após ter sido comunicado da demissão, o colaborador comparece ao D.P da unidade para ser orientado em relação ao cumprimento do aviso e prazos. É feito a marcação de exame demissional, devolução de uniforme e crachá. Colaboradores com menos de 01 (um) ano não serão homologados no sindicato. Assina sua rescisão, a baixa na CTPS e exame demissional em até (10) dez dias contados o dia do seu desligamento. Colaboradores com mais de 01 (um) ano a homologação será feita no sindicato da classe caso esteja acordado ou convencionado pelo sindicato. O mesmo será informado pelo D.P da unidade, no dia da sua solicitação de desligamento, o dia e horário em que deverá comparecer no sindicato correspondente para homologação do TRCT e baixa na CTPS.

V. Siglas e Definições

CSC JF – Central de Serviços Compartilhados de Juiz de Fora

CTPS – Carteira de Trabalho Previdência Social

TRCT – Termo de Rescisão do Contrato de Trabalho

DP – Departamento Pessoal MP – Movimentação de Pessoal

RH – Recursos Humanos

TRCT – Termo Rescisório de Contrato de Trabalho

VT – Vale Transporte

VA – Vale Alimentação

VR – Vale Refeição

OSS HMTJ – Organização Social de Saúde Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus

FLUIG – Sistema interno usado pela instiuição

VI. Anexos

N.A

VII. Referências

N.A

I. Objetivos

Controlar de forma eficaz o fluxo diário de marcações realizadas pelos funcionários dentro do horário estabelecido pela instituição.

II. Materiais

Computador

III. Abrangência

Todos os setores do Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus e Unidades OSS HMTJ

IV. Descrição dos passos da atividade

O registro eletrônico do ponto tem por finalidade controlar de forma mais funcional e eficaz o fluxo diário de marcações realizadas pelos funcionários dentro do horário estabelecido pela instituição, conforme legislação, Acordo ou Convenção Coletiva. A precisão destas informações possibilita a elaboração da folha de pagamento.

O registrador do ponto eletrônico tem como principais requisitos:

a. Finalidade exclusiva e intransferível em registrar a marcação do ponto pelo funcionário;
b. Possuir memória das marcações de ponto que não possa ser alterada ou apagada;
c. Emitir comprovante a cada marcação efetuada pelo funcionário;
d. Não possuir mecanismo que permita marcações automáticas ou restrições às marcações;
e. Registrar as entradas e saídas dos funcionários dentro do horário estabelecido pela instituição;
f. Cumprir a legislação do MTE.

O funcionário tem a obrigatoriedade de realizar 04 marcações por plantão/dia no relógio biométrico: (1) Início do Trabalho; (2) Saída para o Intervalo; (3) Retorno do Intervalo; (4) Saída do Trabalho.

- A tolerância diária é de até 10 (dez) minutos conforme legislação. Ou seja, 05 (cinco) minutos antes e 05 (cinco) minutos após o horário normal de trabalho do funcionário. Ressaltando que o funcionário deverá respeitar o intervalo intra jornada não podendo realizar descanso menor do que o estabelecido.

Intra jornada - são as pausas dentro da jornada diária de trabalho para o repouso e alimentação do trabalhador.
I – Em qualquer trabalho contínuo cuja duração ultrapasse 06 horas é obrigatória a concessão de intervalo de no mínimo 30 (trinta) minutos e no máximo 02 (duas) horas.
II – Não excedendo 06 horas será obrigatório um intervalo de 15 (quinze) minutos quando a duração ultrapassar 04 horas.

Inter jornada – é o período de descanso devido ao empregado em razão do trabalho realizado entre um dia e o outro dia. CLT art. 66 – Entre 02 (duas) jornadas de trabalho deve haver um período mínimo de 11 (onze) horas consecutivas de descanso.

A OSS HMTJ estabelece o intervalo de 01 (uma) hora para descanso e refeição

- A ausência de qualquer uma das 04 marcações constitui falta grave restando a chefia imediata o dever de aplicar medidas disciplinares cabíveis como advertência escrita e/ou suspensão de acordo com a rotina já estabelecida e difundida na Instituição (lembrando: 03 Advertências - 02 Suspensões – 01Justa Causa).

A ausência de marcação para fins de advertência/suspensão será avaliada por dia:

Ex1. O funcionário deixou de realizar a marcação quando retornou do intervalo e nesse dia teve o total de apenas 03 marcações;
Ex2. O funcionário deixou de realizar a marcação na entrada do trabalho, no retorno do intervalo e na saída do trabalho, tendo nesse dia o total de apenas 01 marcação.

Tanto no exemplo 01 quanto no exemplo 02 o número de advertência para ambos será o mesmo, ou seja, 01 única advertência para cada funcionário, porque o número de ausência de marcação no dia é indiferente. O que vai contar na quantidade de advertência/suspensão a ser aplicada são os dias que não tiveram as marcações corretas e não a quantidade de batida.

Portanto, o correto a ser aplicado:

Ex1. O funcionário teve durante o período do ponto (01 a 30 do mês) 03 dias que ele não marcou qualquer uma das batidas, sendo assim receberá 03 advertências.
Ex2. O funcionário teve durante o período do ponto (01 a 30 do mês) 04 dias que ele deixou de marcar qualquer uma das batidas, sendo assim receberá 03 advertências e 01 suspensão de imediato.

Por isso que é importante que as marcações sejam tratadas e avaliadas semanalmente pela liderança até o dia 27 de cada mês. E nos dias 28/29/30 que seja tratado diariamente, pois no dia 1º o Departamento De Pessoal precisará iniciar o processo da folha de pagamento. Em regra, para os demais casos as advertências/suspensões são aplicadas de imediato por orientação do jurídico. Especificamente para o Ponto Eletrônico por entender que o tratamento em sua maioria é semanal, as advertências/suspensões serão aplicadas imediatamente após a verificação, pela chefia, tendo seu efeito retroativo válido.

- A validação das marcações pelos gestores e aplicação da advertência/suspensão deverá ser semanal.
- O funcionário tem o dever de registrar o ponto uniformizado.
- É proibido o trabalho dentro da unidade sem a devida marcação no ponto biométrico.
- É proibido iniciar a alimentação no refeitório sem registrar a segunda batida do dia.
- É proibido realizar horas extraordinárias (para os administrativos e assistenciais não médicos) sem a devida autorização prévia, através do FLUIG, pelo diretor da unidade.
- Em nenhuma hipótese o chefe de equipe poderá obrigar o funcionário a registrar o ponto de saída e retornar ao trabalho.
- É vedada a compensação de horas extras pela chefia sem a prévia autorização da Instituição.
- O banco de horas só pode ser utilizado quando integrado de forma automatizada. Não pode cada chefia utilizar planilhas avulsas para fazer a compensação dentro do RM. Existem regras a serem estabelecidas antes de iniciar qualquer tipo de compensação.
- **Nas unidades que existirem banco de horas poderá ser realizado**

As faltas justificadas são aquelas em que o trabalhador pode deixar de comparecer ao serviço sem prejuízo no salário. Para isso é necessário a comprovação da ausência no SESMT, no prazo de até 48 horas após o fato ocorrido. São consideradas:

Código	Descrição	Disponível no RM Portal
01	ATESTADO MEDICO	✓
02	ATESTADO DE OBITO	✓
03	DOAÇÃO DE SANGUE	✓
04	AFASTAMENTO SERVIÇO MILITAR	✓
05	ABONO COMP. JUIZO	✓
06	ABONO EMP. SINDICAL	✓
07	ABONO VESTIBULAR	✓
08	SAIDA POS GRADUAÇAO	✓
09	CONCURSO PUBLICO	✓
10	FOLGA ACORDO COLETIVO	✓
11	RETORNO FERIAS	✓
12	LICENÇA AMAMENT/RED. JORN...	✓
13	CONGRESSO	✓
14	LICENÇA CASAMENTO	✓
15	LICENÇA ELEITORAL	✓
16	REDUÇÃO. JORN. AVISO PRÉVIO	✓
17	LICENÇA PATERNIDADE	✓
23	TROCA DE HORARIO	✓
25	TROCA DE PLANTAO	✓
27	REUNIÃO EXTERNA	✓
28	PONTO MANUAL	✓
29	CURSO JOVEM APRENDIZ	✓
30	DECLARAÇAO DE COMPARECI...	✓
31	SUSPENSÃO	✓
32	COMPENSAÇÃO BANCO DE HO...	✓

As faltas **NÃO** justificadas, ou seja, aquelas descontadas em folha de pagamento que influenciam no período de gozo das férias. Serão consideradas as faltas injustificadas ocorridas no período aquisitivo de férias do colaborador, observado a tabela abaixo conforme as faltas no período:

Dias de gozo de férias	Faltas injustificadas no período aquisitivo
30 dias	Até 5 faltas
24 dias	De 6 a 14 faltas
18 dias	De 15 a 23 faltas
12 dias	De 24 a 32 faltas

O colaborador que faltar sem justificativa por mais de 32 dias dentro de período aquisitivo perderá o direito de gozo de férias conforme legislação trabalhista.

- Qualquer mudança de horário deverá ser comunicada ao D.P, através do FLUIG, com o prazo de no mínimo 24h anterior a solicitação para as devidas alterações. Sendo necessário informar a data da mudança e o novo horário a ser realizado. Aqueles funcionários que solicitarem a mudança de horário por interesse próprio recomenda-se que seja solicitado por escrito a chefia da unidade, desde que tal solicitação atenda a demanda da Instituição.
- O tratamento do ponto é realizado pelas chefias no programa de automação de ponto RM TOTVS.
- O período do ponto é do dia 01 ao dia 30 do mês.
- Só é permitida até 02 (duas) trocas dentro do mesmo período através de formulário próprio no FLUIG. Lembrando que esse não constitui um direito adquirido do funcionário. Fica a cargo da chefia autorizar e conceder as trocas levando sempre em consideração a conduta profissional do empregado na instituição. Podendo negá-las a qualquer momento através de justificativa plausível ao funcionário.
- Para a conferência do ponto inicia-se acertando as batidas para verificar se os funcionários possuem: a) Falta de marcação por esquecimento; b) Atrasos; c). Realizar horário de descanso inferior ao estabelecido pela sua jornada de trabalho; d) Mais de duas trocas de plantão dentro do período. Conforme treinamento realizado.

V. Siglas e Definições

D.P – Departamento de Pessoal
FLUIG – Sistema de Gestão Interno
CLT – Consolidação das Leis Trabalhistas
RM TOTVS – Sistema de Conferência do ponto
SESMT - Segurança e medicina do Trabalho
OSSHMTJ – Organização Social de saúde Hospital e maternidade Therezinha de Jesus

VI. Anexos

N.A

VII. Referências

N.A

HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS

HEMODINÂMICA ESCALA MENSAL - 01/07/2023 a 31/07/2023

DIARÍSTA

FUNCIONÁRIO	HORÁRIO	SITUAÇÃO	SÁB	DOM	SEG	TER	QUA	QUI	SEX	SÁB	DOM	SEG	TER	QUA	QUI	SEX	SÁB	DOM	SEG	TER	QUA	QUI	SEX	SÁB	DOM	SEG	TER	QUA	QUI	SEX	SÁB	DOM
			01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
ANA CAROLINA SENRA VIDAL PAULA - COREN 521164 - COORDENADOR	08h às 16h	Ativo	F	F	D	D	D	D	D	F	F	D	D	D	D	D	F	F	D	D	D	D	D	F	F	D	D	D	D	D	F	F
IZABELA BRASIL TEIXEIRA - COREN 370559 - ENFERMEIRO	07h às 16h	Ativo	F	F	D	D	D	D	D	F	F	D	D	D	D	D	F	F	D	D	D	D	D	F	F	D	D	D	D	D	F	F
VERA LUCIA MOREIRA PEREIRA - COREN 76714 - TÉC. ENF.	08h às 18h	Ativo	F	F	D	D	D	D	D	F	F	D	D	D	D	D	F	F	D	D	D	D	D	F	F	D	D	D	D	D	F	F
THALITA RIBEIRO D AVILA - COREN 884007 - TÉC. ENF.	.	Férias	Fr	Fr	Fr	Fr	Fr	Fr	Fr	Fr	Fr	Fr	Fr	Fr	Fr	Fr	Fr	Fr	Fr	Fr	Fr	Fr	Fr	Fr	Fr	Fr	Fr	Fr	Fr	Fr	Fr	Fr
VALDILENE DA SILVA GENEVAIN - COREN 242949 - TÉC. ENF.	12h45 às 18h	Ativo	F	F	D	D	D	D	D	F	F	D	D	D	D	D	F	F	D	D	D	D	D	F	F	D	D	D	D	D	F	F
ROSANGELA CORREA SENRA VIEIRA - ASS. ADMINISTRATIVO	08h às 17h	Férias	F	F	D	D	D	D	D	F	F	D	D	D	D	D	F	F	D	D	D	D	D	F	F	D	D	D	D	D	F	F
BRUNA MENDES DA SILVA - COREN 774044 - TÉC. ENF.		INSS	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A

Observação:

ESCALA SUJEITA A ALTERAÇÕES **F: FOLGA** **P: PLANTÃO DE 12 HORAS** **D: DIARISTA** **A: ATESTADO/INSS/LICENÇA MATERNIDADE** **Fr: FÉRIAS**

Responsável Técnico: Enfermeiro Fernando Cordeiro Ribeiro

I. Objetivos

Provisionar escala de trabalho de acordo com habilidades necessárias de cada colaborador, visando atender cobertura de férias e necessidades de trabalho do setor.

II. Materiais

Computador, planilha de Excel

III. Descrição dos passos da atividade

Logo após entrega do provisionamento de férias entregue no Departamento de Pessoal, montar escala de trabalho dos colaboradores:

1. Montar a escala descrevendo o nome dos colaboradores e respeitando seu contrato de trabalho, se plantonista ou diarista. Lembrando que os colaboradores para serem mudados de horário deverá ser respeitado se o mesmo possui outro vínculo empregatício.

2. Toda mudança de horário de trabalho que ocorrer, avisar o colaborador com antecedência ou tempo hábil para sua programação. Caso envolva mudança de sua escala (plantonista para diarista ou diarista para plantonista), comunicar ao RH antes do dia 10 ou antes do dia 20 de cada mês no caso de complementação.

IV. Siglas e Definições

Escala de trabalho: A escala de trabalho é a forma que a empresa organiza seu fluxo de trabalho para se tornar mais produtiva. Ele varia conforme o tipo de atividade e as determinações de cada sindicato relacionado. É preciso escolher se os sábados serão trabalhados ou não, quantas horas diárias serão necessárias e de quanto em quanto tempo cada colaborador tem intervalos, folgas e férias. Obviamente, cada empresa e equipe tem formas específicas de trabalho e precisam encontrar a melhor maneira de definir os horários de entrada e saída das funções. Não há fórmula pronta. Porém se for contratar alguém com carteira assinada, é preciso que a legislação seja cumprida. Assim, é necessário balancear o que exige a lei com as necessidades da empresa e, principalmente, com a maneira em que a pessoa empregada terá seu melhor desempenho.

Todo dia

Segundo as normas da CLT (Consolidação das Leis do Trabalho), algumas **regras** básicas devem ser seguidas:

- O tempo máximo de uma jornada diária de trabalho é de 12 horas. Contudo, é necessário um período de folga de 36 horas ininterruptas após o tempo dedicado ao trabalho;
- Quando a jornada for entre 04 horas e 06 horas, é obrigatório que, no mínimo, 15 minutos de intervalo sejam concedidos. Nos casos de horários noturnos como a hora é reduzida, dever ser verificada com Departamento de Pessoal o horário de trabalho;
- Quando a jornada for maior do que 06 horas, tendo o limite em 8 horas, é necessário que haja um período de intervalo de 1 hora ou mais;

Todo período (semanal, quinzenal, mensal…) além disso, fora a escala diária de horários para entradas e saídas, é preciso organizar adequadamente a escala de trabalho semanal ou mensal. Nesse âmbito, algumas regras fundamentais – também baseadas em lei – devem ser seguidas: A cada 6 dias de trabalho é

obrigatório que haja 1 dia de folga. É possível fazer variações disso, onde se trabalham 5 ou 4 dias e folgam-se 1 ou 2 dias. Contudo, em alguns casos, é necessário que haja acordo coletivo e também sindical; é obrigatório que a cada, no máximo 7 semanas, haja um domingo como dia de folga. Sendo que isso, para mulheres, salvo regulamentação específica, é de 15 dias. Ou seja, a cada 15 dias, uma folga deve ser no domingo; legalmente, o limite máximo de 44hs semanais deve ser respeitado. Contudo, variações com menos tempo – 40 h, 32 h, etc. – são possíveis.

Observe atentamente as obrigatoriedades a serem cumpridas quando há Convenção Coletiva de Categoria ou Classe, seja intermediado por sindicato ou em assembleia. Em muitos casos, essas obrigatoriedades têm força de lei ou podem gerar multas e desacordos caros aos resultados do empreendimento.

V. Anexos

Anexo I – Escala de trabalho da Recepção

HOSPITAL MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS
RECEPÇÃO

Título: Escala de Trabalho — **Período:** De 01 à 30/09/17

Dia da semana			Chapa	Jornada de Trabalho		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
Telefonia	**Cargo**	**Admissão**		**Diarista**	**Descanso**	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	S	Q
Adriana Maria Costa Lamas	Recepcionista	31/01/2009	1539	07:00/ 13:15 h	De 12 às 12:15	M	F	F	M	M	M	F	M	M	F	M	M	M	M	M	F	M	M	M	M	M	M	F	M	M	M	M	M	M	M	M
Claudineia Fonseca Faria Viana	Recepcionista	16/03/2017	3325	12:00/ 18:15 h	De 16 às 16:15	T	M	F	T	T	T	F	T	F	M	T	T	T	T	T	F	M	T	T	T	T	T	F	M	T	T	T	T	T	F	T
Lilian Ribeiro Resende	Recepcionista	11/04/2017	3351	17:00/ 23:00 h	De 20 às 20:15	T	T	F	T	T	T	T	T	T	F	T	T	T	T	T	F	T	T	T	T	T	T	F	F	T	T	T	T	T	F	T
Sábado (07:00/ 13:15 horas e 13:15/ 19:30 horas) e domingo (07:00/ 13:15 horas): revezamento																																				
Recepção Principal	**Cargo**	**Admissão**	**Chapa**	**Diarista**	**Descanso**																															
Maria Clara Lisboa Alvim	Recepcionista	18/01/2017	3303	06:30/ 16:30 h	De 12 às 13 h	D	F	F	D	D	D	F	D	F	F	D	D	D	D	D	F	F	D	D	D	D	D	F	F	D	D	D	D	D	F	D
Luciana do Carmo Silva	Recepcionista	12/04/2017	3355	09:00 às 19:00	De 12 às 14 h	D	F	F	D	D	D	F	D	F	F	D	D	D	D	D	F	F	D	D	D	D	D	F	F	D	D	D	D	D	F	
Sexta-feira (Maria Clara Lisboa Alvim): 06:30 às 15:30 h/ Sexta-feira (Luciana do Carmo Silva) 09:00 às 18:00																																				
Gerenciamento de Leitos (Administrativo)	**Cargo**	**Admissão**	**Chapa**	**Diarista**	**Descanso**																															
Débora Fátima Oliveira Egydio	Recepcionista	17/11/2014	2905	09:00 às 19:00	De 11 às 12 h	D	F	F	D	D	D	F	D	F	F	D	D	D	D	D	F	F	D	D	D	D	D	F	F	D	D	D	D	D	F	D
Joana Felix Dias Soares	Recepcionista	03/03/2015	2980	06:30/ 16:30 h	De 11 às 12 h	D	F	F	D	D	D	F	F	F	F	D	D	D	D	D	F	F	D	D	D	D	D	F	F	D	D	D	D	D	F	
Sexta-feira (Joana Felix Dias Soares): 06:30 às 15:30 h/ Sexta-feira (Débora Fátima Oliveira Egydio) 09:00 às 18:00																																				
Arquivo Ambulatorial	**Cargo**	**Admissão**	**Chapa**	**Diarista**	**Descanso**																															
Frederico Mitterhofer	Recepcionista	18/03/2016	3154	07:00/ 17:00 h	De 11 às 12 h	D	F	F	D	D	D	F	F	F	F	D	D	D	D	D	F	F	D	D	D	D	D	F	F	D	D	D	D	D	F	D
Sexta-feira (Frederico Mitterhofer): 07:00 às 16:00 h																																				
Recepção dos Consultórios	**Cargo**	**Admissão**	**Chapa**	**Diarista**	**Descanso**																															
Tamara Talita da Silva	Recepcionista	03/09/2015	3063	06:30/ 16:30 h	De 11 às 12 h	D	F	F	D	D	D	F	D	F	F	D	D	D	D	D	F	F	D	D	D	D	D	F	F	D	D	D	D	D	F	D
Greicyane Vitório Davi	Recepcionista	03/03/2015	2981	06:30/ 16:30 h	De 12 às 13 h	D	F	F	D	D	D	F	D	F	F	D	D	D	D	D	F	F	D	D	D	D	D	F	F	D	D	D	D	D	F	D
Camila de Souza Lopes	Recepcionista	24/11/2015	3448	09:00 às 19:00	De 11 às 12 h	D	F	F	D	D	D	F	F	F	F	D	D	D	D	D	F	F	D	D	D	D	D	F	F	D	D	D	D	D	F	D
Sexta-feira (Tamara Talita da Silva e Greicyane Vitório Davi): 06:30 às 15:30 h/																																				
Recepção da Clínica	**Cargo**	**Admissão**	**Chapa**	**Diarista**	**Descanso**																															
Carla de Oliveira Lima	Recepcionista	02/08/2016	3203	08:00/ 18:00 h	De 16 às 17 h	D	F	F	D	D	D	F	D	F	F	D	D	D	D	D	F	F	D	D	D	D	D	F	F	D	D	D	D	D	F	D
(Ludmila Santos Silva Ribeiro e Carla de Oliveira Lima): 08:00 às 17:00 h/																																				
Recepção da Ginecologia	**Cargo**	**Admissão**	**Chapa**	**Diarista**	**Descanso**																															
Laissa Mara Luiz Teixeira	Recepcionista	14/09/2016	3223	07:00/ 17:00 h	De 11:30 às	D	F	F	D	D	D	F	D	F	F	D	D	D	D	D	F	F	D	D	D	D	D	F	F	D	D	D	D	D	F	D
Ludmila Santos Silva Ribeiro	Recepcionista	22/06/2015	3033	08:00/ 18:00 h	De 12 às 13 h	D	F	F	D	D	D	F	F	F	F	D	D	D	D	D	F	F	D	D	D	D	D	F	F	D	D	D	D	D	F	

VI. Referências

N.A

10.2.3: QUALIDADE TÉCNICA

3 - ÁREA DA QUALIDADE

METODOLOGIA DE PROJETOS

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

AÇÃO

RESPONSÁVEL:	**Kleiton Oliveira Vianelo**
ÁREA:	**Recursos Humanos**
OBJETIVO:	**Organizar processo de Gestão de Pessoas na unidade licitada**
PRAZO FINAL:	**Operacionalização para atuação/ implantação estabelecida conforme assinatura no contrato de prestação de serviços**

DE PESSOAS PARA IMPLANTAÇÃO

O QUÊ ? (What)	**QUEM ?** (Who)			**POR QUÊ?** (Why)	**QUANTO?** (How Much)	**QUANDO?** (When)
Implantar Gestão de Recursos Humanos	Equipe de Recursos Humanos	HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA HELENA DE GOIÁS - HERSO	1 - Divulgar em jornal local e site OSSHMTJ as vagas para cadastro	Possibilitar a toda população, participação em processo seletivo da OSSHMTJ	-	1º mês
			2 - Análisar os currículos cadastrados para processo seletivo e convocar os candidatos para processo seletivo	Triar currículos cadastrados para as vagas da unidade de acordo com PEC de cada cargo e convocar candidatos aprovados na triagem para realizarem processo seletivo	-	1º mês
			3 - Realizar Processo seletivo das vagas ociosas ou para composição de quadro técnico funcional conforme proposto e previsto no plano de trabalho	Realização de processo seletivo para encontrar candidatos com perfil estimado no PEC	-	1º mês
			4 - Avaliar documentos necessários para admissão e realizar admissão dos candidatos aprovados	Verificação dos documentos conforme nossa listagem de documentos para admissão, validação das plantaformas dos programa governamentais (CNES, E-social) bem como realizar admissão no sistema dos candidatos aprovados	-	1º e 2º mês
			5 - Treinar todos os candidatos admitidos no processo de integração dos novos colaboradores (Normas, políticas, fluxos, serviços, organização dos setores) para início das atividades na unidade	Incorporação dos colaboradores nos conceitos da OSSHMTJ relacionados as políticas institucionais registrando em formulário padrão do RH	-	2º mês
			6 - Realizar treinamentos básicos introdutórios conforme PEC de cada colaborador para capacitação e desenvolvimento de suas funções na unidade no período de experiência para posterior avaliação de desempenho	Capacitação e padronização da perfomance dos colaboradores admitidos conforme instruções de trabalho na unidade registrando em formulário padrão do RH	-	2º mês
			7 - Realizar avaliação de desempenho no 1º período de experiência - 45 dias de todos os colaboradores	Verificação das competências esperadas para cada função de acordo com a avaliação do primeiro período de experiência	-	1º e 2º mês
			8 - Realizar avaliação de desempenho no 2º período de experiência - 90 dias de todos os colaboradores	Verificação das competências esperadas para cada função de acordo com a avaliação do segundo período de experiência	-	2º e 3º mês
			9 - Confeccionar Levantamento de Necessidade de Treinamento e Desenvolvimento de cada da unidade	Programação de treinamento ao longo da vigência do contrato na unidade para desenvolvimentos profissional dos colaboradores	-	3º mês
			10 - Realizar avaliação de desempenho por competência Global das lideranças que tenham mais de 06 meses na instituição	Verificação das competências esperadas para cada líder de acordo com a PEC e por meio da avaliação de desempenho ao qual deverá ser feita criação dos planos de ação para desenvolvimento dos gestores	-	6º mês
			11 - Aplicar pesquisa de clima organizacional na unidade	Verificação das variáveis corporativas para avaliação e identificação das oportunidades de melhorias na unidade por meio da visão dos colaboradores	-	12º mês
			12 - Realizar avaliação de desempenho por competência Global de todos os colaboradores que tenham mais de 01 ano na instituição	Verificação das competências esperadas para cada função operacional que não exerce papel de liderança por meio da avaliação de desempenho ao qual deverá ser feita criação dos planos de ação para desenvolvimento dos colaboradores	-	12º mês
			13 - Atualizar PEC das funções que compõem quadro técnico funcional da unidade	Atualização e validação do gestor quanto as responsabilidades e atribuições contidas nos PEC's de cada função de acordo com as atividades desenvolvidas por cada cargo	-	12º mês

* **Observação**: Cronograma poderá ser alterado em virtude da data de assinatura do contrato para prestação de serviço ou da necessidade de ampliação de umas das etapas deste cronograma

CRONOGRAMA DE IMPLANTAÇÃO

RESPONSÁVEL:	**Jefferson Mendonça (Gerente)**
ÁREA:	**Suprimentos**
OBJETIVO:	**Organizar implantação - Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado - HERSO**
PRAZO FINAL:	**30 dias antes da administração das unidades**

O QUÊ ? (What)	QUEM ? (Who)	ONDE ? (W here)	COMO? (How)	POR QUÊ? (Wyn)	QUANTO? (How Much)	QUANDO? (When)
Implantar Gestão de Suprimentos	Suprimentos	Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás - HERSO	Treinamentos referente aos processos de compras, para os colaboradores: - Avaliação de fornecedor - Lançamento do consumo - Solicitação de compra TOTVS / Fluig - Acesso aos orçamentos via Fluig	Permitir que através do treinamento das rotinas do setor, a unidade possa seguir os modelos padronizados da OSS, no que tange à Política do Setor de Suprimentos quanto às: Solicitações de compras (via Sistema FLUIG e RM); Avaliação dos Fornecedores; Comunicados de Desempenho dos Fornecedores; Interface dos sistemas; Comunicados de Intercorrência dos Fornecedores; Prestação de Contas; Monitoramento de compras.	-	15 dias antes da administração das unidades
	Suprimentos / Coordenador Administrativo		Levantamento do pedido de compra referente a todos os insumos necessários para a unidade.	Verificar se o mesmo está de acordo com o orçamento (Base zero) da unidade.	-	30 dias antes da administração das unidades
	Coodenador administrativo		Gerar no sistema TOTVS a solicitação de compra		-	
	Coodenador administrativo		Enviar email informando as compras que foram validadas e autorizadas.		-	
	Suprimentos		Validação dos pedidos de compra.		-	
	Suprimentos		Efetuar a cotação dos insumos.	Necessário para apresentação da prestação de contas das compras efetuadas.	-	
	Suprimentos		Analisar e efetuar a solicitação de contratos para os itens que for necessário.		-	
	Suprimentos		Gerar as ordens de compra no sistema e comunicar aos vencedores da cotação.	Permitir acesso dos responsáveis pelo recebimento, quanto aos itens que estão sendo fechados e assim estando autorizados o recebimento do pedido na unidade. A comunicação aos fornecedores necessária para o faturamento dos produtos adquiridos com o mesmo.	-	
	Suprimentos		Disponibilizar as cotações da compra ou a carta de exclusividade para apresentação futura da prestação de contas	Necessário para apresentação da prestação de contas das compras efetuadas.	-	
	Suprimentos		Monitoramento da entrega dos pedidos	Afim de evitar desabastecimento dos produtos pelo atraso na entrega e prejuizo à assistência dos pacientes por falta dos itens.	-	12 dias antes da administração das unidades
	Coodenador administrativo		Avaliação dos fornecedores	Para mensurar o desempenho dos fornecedores tornando possível seu desenvolvimento e seleção conforme interesses da instituição	-	
	Suprimentos / Coordenador Administrativo		Definição de data para as solicitações de compras.	Padronização e otimização dos processos para alinhamento do cronograma no setor de compras.	-	7 dias antes da administração das unidades

CRONOGRAMA DE IMPLANTAÇÃO - CONTRATOS

ÁREA:	**Setor de Contratos**
EDITAL:	**INSTRUMENTO DE CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 04/2023 - Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado - HERSO**
OBJETIVO:	**Seleção, Contratação e Monitoramento dos Contratos de Prestação de Serviços**

O QUÊ ? (What)	**QUEM ?** (Who)	**ONDE ?** (Where)	**COMO?** (How)	**POR QUÊ?** (Wyn)	**QUANTO?** (How Much)	**QUANDO?** (When)
Implantar Gestão de Contratos	Representantes do setor de Contratos da OSS HMTJ	Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado - HERSO	1 - Elaborar o termo de referência para a concorrência e posterior execução dos serviços a serem contratados	Possibilitar que as análises de mercado e cotações dos serviços respeitem o Edital de seleção; o base zero orçado para a unidade e o Regulamento de Compras e Contratações da Instituição.	-	6 dias
			2 - Iniciar as pesquisas de mercado e solicitações de cotação.	Buscar na região empresas qualificadas que apresentem custo benefício compatível com o proposto, além de toda a documentação legal e técnica necessária a prestação dos serviços.	-	8 dias
			3 - Receber e analisar as propostas recebidas.	Verificar se as propostas recebidas atendem ao Termo de Referência (análise qualitativa) e não ultrapassem o base zero (análise orçamentária)	-	6 dias
			4 - Reunião de fechamento com as empresas a serem Contratadas.	Analisar documentação de qualificação das empresas; reunião entre as lideranças da OSS HMTJ com a empresa para alinhamentos pertinentes à execução do Contrato.	-	6 dias
			5 - Visita Técnica	Realizar a visita técnica nos Fornecedores considerados Críticos pela Política de Qualificação de Fornecedores do Setor de Contratos com o corpo técnico da Instituição para validação da contratação dos serviços pela referida empresa Proponente.		4 dias
			6 - Redigir os Contratos dos prestadores de serviços selecionados.	Elaborar a Minuta de Contrato conforme negociação e direcioná-las ao setor Jurídico da Instituição para chancelamento e posterior assinatura.	-	14 dias
			7 - Assinar os Contratos.	Fidelizar a negociação através de instrumento Contratual.	-	10 dias
			8 - Treinar os colaboradores contratados, pelo RH da Instituição, em relação às rotinas do Setor de Contratos	Permitir que através do treinamento das rotinas do setor, a unidade possa seguir os modelos padronizados da OSS HMTJ, no que tange à Política do Setor de Contratos quanto às: Solicitações de contratação do serviços (via Sistema FLUIG); Avaliação Trimestral dos Fornecedores; Comunicados de Desempenho dos Fornecedores; Relação Mensal de Força de Trabalho; Comunicados de Intercorrência dos Fornecedores; Prestação de Contas; Provisionamento dos Contratos; Prestação de Contas ao Contratante, entre outros.	-	6 dias
						60 dias

Metodologia de Projetos

Esta Proposta de Trabalho foi descrita seguindo o roteiro do INSTRUMENTO DE CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 04/2023-SES/GO , visando atender os Parâmetros para Julgamento e Classificação das Propostas de Trabalho

Com adequado planejamento, observando os objetivos a alcançar, oportunos cronogramas de execução, com definição das estratégias de implantação, custos estimados e resultados factíveis baseado nas Informações sobre o Hospital de Urgências Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado - HERSO metas de produção, das obrigações, indicadores de desempenho e indicadores de qualidade e sistemática de avaliação do seu edital de chamamento público para seleção de OSS; assim como também as políticas institucionais, processos, procedimentos e instruções que regem o funcionamento desta entidade.

Buscou-se também atender os preceitos e especificidades da entidade a ser gerida com base nos **seguintes parâmetros:**

Assistência Hospitalar

A assistência à saúde, prestada em regime de hospitalização, compreenderá o conjunto de atendimentos oferecidos ao usuário desde sua admissão no hospital até sua alta hospitalar, pela patologia atendida, incluindo todos os atendimentos e procedimentos necessários para obter e/ou definir o diagnóstico e as terapêuticas necessárias para o tratamento no âmbito hospitalar.

Neste processo estão incluídos:

- ✓ 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 às condições especiais do usuário e/ou outras causas.
- ✓ Tratamento medicamentoso que seja requerido durante o processo de internação.
- ✓ Procedimentos e cuidados de enfermagem, necessários durante o processo de internação.

- ✓ Serviço de Alimentação e Nutrição, contemplando a produção de refeições e nutrição enteral e parenteral.
- ✓ Assistência por equipe médica especializada.
- ✓ Material descartável necessário para os cuidados/ tratamento para as equipes multiprofissionais.
- ✓ Acompanhante para os usuários idosos, crianças, adolescentes , gestantes e portadores de deficiência.
- ✓ Sangue e hemoderivados.
- ✓ Fornecimento de roupas hospitalares.
- ✓ Procedimentos especiais necessários ao adequado atendimento e tratamento do usuário, de acordo com a capacidade instalada, respeitando sua complexidade.

Atendimento às Urgências

Considerando atendimentos de urgência aqueles não programados, que sejam realizados pelo Serviço de Urgência/Emergência, via demanda espontânea ou encaminhada por meio do SAMU 192.

Atendendo o Acolhimento do Usuário por Classificação de Risco, priorizando o atendimento por gravidade do caso, conforme protocolo pré-estabelecido, e não por ordem de chegada, em consonância com as orientações do Programa Nacional de Humanização.

Se a assistência prestada em regime de urgência na Unidade der origem à internação do usuário, não se registrará como um atendimento de Urgência e sim como um atendimento hospitalar.

Atendimento Ambulatorial

Além de consultas por profissionais de saúde e o atendimento nos programas específicos, a equipe ambulatorial executa as prescrições médicas, orienta pacientes e familiares quanto ao tratamento continuado e cumpre as atribuições próprias de enfermagem, sempre cooperando com o corpo clínico e visando o bem estar do paciente, priorizando os casos mais graves ao proporcionar assistência imediata.

Internação Eletiva:

A criação e funcionamento da Central de Regulação de Internações Hospitalares (leitos) obedecem à Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde- SUS, instituída através da Portaria nº 1.559, de 1º de agosto de 2008 e trata-se de um mecanismo estratégico para o acesso do usuário doSUS aos serviços especializados disponíveis na rede de atenção à saúde, ratificado na atual política com as Redes de Atenção Saúde, nova diretriz estabelecida e para a qual as Centrais de Regulação devem buscar a articulação necessária entre os pontos de atenção definidos pelos gestores de saúde.

Tem como objetivo regular o acesso aos leitos considerando-se a origem da condição do paciente, se eletiva ou de urgência, sendo importante mecanismo para a garantia da equidade no acesso aos serviços especializados, do fluxo dos pacientes para os níveis mais complexos do sistema estadual, reorganização da oferta de serviços, buscando assim, a melhor alternativa assistencial para a necessidade apresentada.

A unidade terá como parte de sua estrutura um setor específico denominado NIR (Núcleo Interno de Regulação) responsável por gerenciar estes leitos e relacionar-se com os sistemas de Regulação do contratante.

Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico – SADT

Serão disponibilizados exames e ações de Apoio Diagnóstico e Terapêutico aos usuários atendidos na Unidade.

Os demais procedimentos de imagem deverão ter seus laudos disponíveis ao usuário em até 15 dias e serão encaminhados conforme fluxo pactuado com a Secretaria de Saúde aos destinatários.

Assistência Farmacêutica e Medicamentosa

Visando garantir o uso racional dos medicamentos, com assistência farmacêutica em tempo integral, abrangendo o controle de estoque, condições adequadas de armazenamento, segurança na dispensação e no uso com rastreabilidade, bem como atividades de farmácia clínica, com o monitoramento de eventos adversos (Farmacovigilância), desenvolvimento de protocolos de farmácia clínica, análise da prescrição, prestação de assistência clínica farmacêutica e implantação de comissão de validação/padronização do rol de medicamentos, materiais médico-hospitalares e outros

insumos (Comissão de Farmácia e Terapêutica) com regimento aprovado de acordo com as legislações vigentes dos Conselhos de Farmácia e ANVISA.

O Pronto Socorro conta com uma farmácia de dispensação direta de medicamentos que deverá funcionar todos os dias da semana, inclusive aos sábados, domingos e feriados 24 horas. O elenco de medicamentos para atendimento à população deve, no mínimo, contemplar a padronização do Estado de Goiás.

Assistência Nutricional e Dietética

O Serviço de Nutrição e Dietética compreende a assistência nutricional, com ênfase no Programa de Terapia Nutricional do Ministério da Saúde. Atuando com metodologia de controle de qualidade com certificação da cadeia de insumos do produtor/fornecedor ao consumo final, com rastreabilidade das etapas e dos processos.

As dietas deverão ser fornecidas aos pacientes internados ou em observação no Pronto Socorro em cinco refeições básicas (desjejum, almoço, lanche, jantar e ceia), de acordo com a prescrição médica nutricional. Aos acompanhantes de crianças e de idosos acima de 65 anos, ou portadores de necessidades especiais, será fornecido minimamente desjejum, almoço e jantar. Aos funcionários serrão fornecidos alimentação conforme escala de trabalho.

Central de Materiais e Esterilização

O Serviço de Esterilização de Materiais será responsável pela lavagem, desinfecção, esterilização e distribuição de materiais e instrumentais hospitalares. Realizará os procedimentos em consonância com a legislação sanitária vigente. Atuando com metodologia de controle de qualidade com certificação da cadeia de insumos do produtor/fornecedor, com rastreabilidade das etapas e dos processos.

Serviço de Lavanderia Hospitalar

A lavanderia hospitalar é um dos serviços de apoio ao atendimento dos pacientes, responsável pelo processamento da roupa e sua distribuição em perfeitas condições de higiene e conservação, em quantidade adequada a todas às unidades do hospital

O HMTJ irá atuar com metodologia de controle de qualidade com rastreabilidade das etapas e dos processos, realizadas pelo fornecedor externo.

Serviço de Hotelaria e Higiene

Serviço responsável pela higienização de todas as áreas que compõem o hospital, bem como a manutenção da área externa, de acordo com a legislação sanitária vigente. Inclui o fornecimento do enxoval completo a serem utilizados pelos funcionários na execução de seus procedimentos como lençóis, cobertores, fronhas, forros, sacos para *hamper*, campos, compressas, aventais, roupas privativas, camisolas, pijamas, entre outros.

Atuando com metodologia de controle de qualidade com certificação da cadeia de insumos do produtor/fornecedor, com rastreabilidade das etapas e dos processos.

Executando o Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS) próprio do hospital em consonância com a RDC 306/04, sendo este em conjunto com a Comissão de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde.

Vigilância e Zeladoria:

O Serviço de Segurança e Zeladoria atende as funções de acolhimento, de orientação de fluxos dos usuários, o controle do acesso em todas as entradas e saídas do hospital, assim como a preservação do equipamento predial e patrimonial dos diversos equipamentos.

É parte intrínseca dos trabalhadores que auxiliam a implantação das diretrizes da política de humanização. Esta área deve ser vista como gestora condominial.

O Hospital possui mobiliário e equipamentos próprios pertencentes ao Estado de Goiás. O inventário deverá ser realizado e apresentado ao gestor municipal anualmente e obedecer às diretrizes específicas para a área.

Nesta área está incluído todo o sistema de segurança patrimonial e de controles dos bens descritos no controle de patrimônio.

Setor de Transporte

Garantir transporte aos pacientes acamados que tiverem alta hospitalar e que necessitem de transporte para o domicílio, bem como para pacientes que necessitem de translado inter-hospitalar (exames, inter-consultas e outros). Tal serviço apresenta uma demanda variável, em função da necessidade dos usuários atendidos.

Tecnologia da Informação:

Fica reservado à Secretaria de Saúde, através de suas áreas técnicas, definir novas obrigações, oportunamente, sempre que novas necessidades de informação e informática se apresentem, considerando as funções assistenciais do HERSO, considerando a dinâmica do SUS, considerando a dinamicidade dos próprios instrumentos tecnológicos, respeitando a necessidade de aditamento e disponibilização de recursos financeiros.

Legislação vigente e às normativas do SUS:

Todas as ações da OSS são pautadas no respeito às normas e legislações pertinentes. Em especial, mas não exaustivamente, os seguintes regramentos são lembrados:

- ✓ Toda a legislação básica que organiza o Sistema Único de Saúde, suas instâncias e o relacionamento entre elas.
- ✓ As portarias e normas operacionais do SUS, emanadas pelo Ministério da Saúde, pela Secretaria Estadual de Saúde, pela Secretaria de Saúde, pelos Conselhos de Saúde, ou por outros órgãos competentes, no que diz respeito às ações assistenciais, ações de vigilância à saúde, epidemiologia, informação em saúde, prestação de contas e faturamento, dentre outras.
- ✓ Respeitar os princípios, diretrizes e recomendações da Política Nacional de Informação e Informática em Saúde (PNIIS), elaborada pelo Comitê de Informação e Informática em Saúde do Ministério da Saúde.
- ✓ Legislação sobre guarda de informações e documentos de caráter público, nos termos da Lei 8.159/1991 da Casa Civil da Presidência da República, e regulamentos complementares, bem como determinações do Conselho Federal de Medicina na Resolução CFM 1.639/2002 que aprovou normas técnicas para a guarda, manuseio e tempo de guarda do Prontuário Médico.
- ✓ Legislação sobre transparência e acesso a informações, previsto na Constituição Federal e na Lei 12.527/2011 da Casa Civil da Presidência da República, bem como regulamentos complementares, e diretrizes da Controladoria Geral da União dentro do programa Brasil Transparente.
- ✓ Compras, contratações e aquisições de serviços, materiais e equipamentos, devem seguir as normas e orientações estabelecidas pela administração pública, pela Secretaria de Saúde, e pelos órgãos de fiscalização.
- ✓ Normas e padrões de prontuário eletrônico do paciente consignados no Manual de Certificação para Sistemas de Registro Eletrônico de Saúde (S-RES), elaborado por

meio de contrato técnico-científico entre o Conselho Federal de Medicina e a Sociedade Brasileira de Informação em Saúde.

- ✓ Registro correto e oportuno de todas as condições constantes nas Listas de Doenças e Agravos de Notificação Compulsória, definidas no âmbito federal (Portaria Nº 1.271/2014 do Gabinete do Ministro da Saúde, ou outra que a suceda) ou no âmbito estadual (Resolução SS-20/2006 do Gabinete do Secretário Estadual da Saúde de São Paulo, ou outra que a suceda), ou outras listagens oficiais que venham a ser definidas para o âmbito regional ou municipal.

Projetos especiais e novas especialidades de atendimento

A Unidade dará continuidade às atividades de Ensino e Pesquisa, ofertando campo de práticas para estágios para instituições de ensino superior conveniadas com a Secretaria de Saúde do estado de Goiás.

Essas atividades são fundamentais para a ampliação e qualificação da Atenção a Saúde oferecida pela Unidade aos usuários do SUS.

Se ao longo da vigência do Contrato de Gestão, de comum acordo entre as partes, a OSS ou o estado de Goiás / Secretária de Saúde se propuserem a realizar outros tipos de atividades diferentes das aqui relacionadas, seja pela introdução de novas atividades diagnósticas e/ou terapêuticas, seja pela realização de programas especiais para determinado tipo de patologia, essas atividades deverão ser previamente estudadas, pactuadas e autorizadas, sendo, então, elaborado o orçamento econômico-financeiro, discriminado e homologado por meio de termo aditivo ao Contrato de Gestão.

METAS A SEREM ATINGIDAS (conforme artigo 22, inciso II da Lei 13.019/2014)

O HMTJ propõe o atendimento pleno as metas de produção para operacionalização do **HERSO** referentes aos serviços assistenciais estão descritas no quadro abaixo e detalhadas no **Anexo I**.

Conforme monitoramento e necessidade, as metas poderão ser alteradas quando necessário em acordo com a Secretaria de Saúde do Estado de Goiás.

Dimensão	Descrição	Meta mensal	Meta anual
Internação	Clínica Cirúrgica	381	4.572
	Clínica Médica	55	660
	Clínica Pediátrica Cirúrgica	36	432
	Clínica Pediátrica	44	528
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
Atendimentos Ambulatoriais	Consultas médicas na Atenção Especializada	800	9.600
	Consultas Multiprofissionais na Atenção Especializada	900	10.800
SADT Externo	Pequenos Procedimentos Ambulatoriais	40	480
	Eletrocardiograma	20	240
	Raio X	30	360
	Tomografia Computadorizada	50	600
	Colangiopancreatografia Retrógrada Endoscópica - CPRE	15	180
SADT Externo	Pequenos Procedimentos Ambulatoriais	40	480
	Eletrocardiograma	20	240
	Raio X	30	360
	Tomografia Computadorizada	50	600
	Colangiopancreatografia Retrógrada Endoscópica - CPRE	15	180

Internação (saídas hospitalares)	Meta mensal	Meta anual (12 meses)
Saídas Clínica Cirúrgica	381	4.572
Saídas Clínica (Médica)	55	660
Saídas Cirúrgias Pediátricas	36	432
Saídas Clínica Médica Pediátrica	44	528

Para o cálculo das saídas hospitalares, considerou-se o número de leitos de internação e taxa de ocupação de 90%.

Cirurgias Eletivas	Meta Mensal	Meta Anual (12 meses)
Cirurgia eletiva de Alto Giro	100	1.200
Cirurgia eletiva de Média ou Alta Complexidade	80	960
Cirurgia eletiva de Alto Custo	30	360

Ambulatório	Meta mensal	Meta Anual (12 meses)
Consulta Médica na Atenção Especializada	800	9.600
Consulta Multiprofissional na Atenção Especializada	900	10.800
Pequenos Procedimentos Ambulatoriais	40	480

Exame	Meta mensal	Meta Anual (12 meses)
CPRE	15	180
Raio X	30	360
Eletrocardiograma	20	240
Tomografia Computadorizada	50	600

Hospital Dia	Meta mensal	Meta Anual (12 meses)
Atendimentos	88	1.056

Obs.: Para cálculo dos atendimentos foram considerados n° de leito x quantidade de pacientes x 22 dias/mês. Isto é, foram considerados apenas os dias úteis do mês.

Indicadores de Desempenho, que estão relacionados à QUALIDADE da assistência oferecida aos usuários da unidade gerenciada e mensuram a eficiência, efetividade e qualidade dos processos da gestão da Unidade

Indicadores de Desempenho	Meta
Taxa de Ocupação Hospitalar (TOH)	≥85 %
Taxa Média/Tempo Médio de Permanência Hospitalar (TMP)	≤ 5 dias
Índice de Intervalo de Substituição (horas)	≤ 21
Taxa de Readmissão Hospitalar pelo mesmo CID (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 entregue 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%
Percentual de perda de medicamentos por prazo de validade expirado	2%

PROPOSTA FINANCEIRA

MODELO DE VALIDADE JURÍDICA DA PROPOSTA

Ref.: Chamamento Público nº 04/2023

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, 75920-000, no Estado de Goiás , todos os serviços descritos na PROPOSTA DE TRABALHO apresentada no Chamamento Público nº 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.

Juiz de Fora, 01 de setembro de 2023.

Benedito Z. L. Jendiroba - Diretor Financeiro
Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus
CNPJ 21.583.042/0001-72

Marco Antônio Guimarães de Almeida - Diretor Presidente
Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus
CNPJ 21.583.042/0001-72

ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE
HOSPITAL MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS

Este documento foi assinado digitalmente por Benedito Zulmiro Ladeira Jendiroba e Marco Antonio Guimaraes De Almeida.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://vertsign.portaldeassinaturas.com.br:443 e utilize o código 2DC4-3545-2F1B-4C4C.

Este documento foi assinado digitalmente por Benedito Zulmiro Ladeira Jendiroba e Marco Antonio Guimaraes De Almeida.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://vertsign.portaldeassinaturas.com.br:443 e utilize o código 2DC4-3545-2F1B-4C4C.

PROTOCOLO DE ASSINATURA(S)

O documento acima foi proposto para assinatura digital na plataforma Portal Vertsign. Para verificar as assinaturas clique no link: https://vertsign.portaldeassinaturas.com.br/Verificar/2DC4-3545-2F1B-4C4C ou vá até o site https://vertsign.portaldeassinaturas.com.br:443 e utilize o código abaixo para verificar se este documento é válido.

Código para verificação: 2DC4-3545-2F1B-4C4C

Hash do Documento

B7C586EC2E89A2E8E2632DF7BE8421CAFE97D7505FA472D62E83AE79C8895F76

O(s) nome(s) indicado(s) para assinatura, bem como seu(s) status em 22/09/2023 é(são) :

- Benedito Zulmiro Ladeira Jendiroba (DIRETOR FINANCEIRO) - ***.429.297-** em 22/09/2023 11:13 UTC-03:00
  Tipo: Certificado Digital
- Marco Antonio Guimaraes De Almeida (DIRETOR PRESIDENTE) - ***.399.966-** em 22/09/2023 11:10 UTC-03:00
  Tipo: Certificado Digital

Orçamento

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

Meses 01 a 12 - Ano 01

PESSOAL	MÊS 01	MÊS 02	MÊS 03	MÊS 04	MÊS 05	MÊS 06	MÊS 07	MÊS 08	MÊS 09	MÊS 10	MÊS 11	MÊS 12	TOTAL ANO 01
Salários	1.377.455,31	1.377.455,31	1.377.455,31	1.377.455,31	1.377.455,31	1.377.455,31	1.377.455,31	1.377.455,31	1.377.455,31	1.377.455,31	1.377.455,31	1.377.455,31	**16.529.463,70**
Benefícios	70.898,70	70.898,70	70.898,70	70.898,70	70.898,70	70.898,70	70.898,70	70.898,70	70.898,70	70.898,70	70.898,70	70.898,70	**850.784,40**
Férias, 13º Salário, Encargos e Contribuições	324.831,51	324.831,51	324.831,51	324.831,51	324.831,51	324.831,51	324.831,51	324.831,51	324.831,51	324.831,51	324.831,51	324.831,51	**3.897.978,13**
Verbas Rescisórias - Provisões	269.881,56	269.881,56	269.881,56	269.881,56	269.881,56	269.881,56	269.881,56	269.881,56	269.881,56	269.881,56	269.881,56	269.881,56	**3.238.578,76**
Serviços Médico - PJ	1.889.704,80	1.889.704,80	1.889.704,80	1.889.704,80	1.889.704,80	1.889.704,80	1.889.704,80	1.889.704,80	1.889.704,80	1.889.704,80	1.889.704,80	1.889.704,80	**22.676.457,60**
TOTAL	**3.932.771,88**	**3.932.771,88**	**3.932.771,88**	**3.932.771,88**	**3.932.771,88**	**3.932.771,88**	**3.932.771,88**	**3.932.771,88**	**3.932.771,88**	**3.932.771,88**	**3.932.771,88**	**3.932.771,88**	**47.193.262,59**
MATERIAIS	**MÊS 01**	**MÊS 02**	**MÊS 03**	**MÊS 04**	**MÊS 05**	**MÊS 06**	**MÊS 07**	**MÊS 08**	**MÊS 09**	**MÊS 10**	**MÊS 11**	**MÊS 12**	**TOTAL ANO 01**
Drogas e Medicamentos	211.575,00	211.575,00	211.575,00	211.575,00	211.575,00	211.575,00	211.575,00	211.575,00	211.575,00	211.575,00	211.575,00	211.575,00	**2.538.900,00**
Materiais de Consumo Hospitalar	177.905,00	177.905,00	177.905,00	177.905,00	177.905,00	177.905,00	177.905,00	177.905,00	177.905,00	177.905,00	177.905,00	177.905,00	**2.134.860,00**
Materiais Odontológicos	1.100,00	1.100,00	1.100,00	1.100,00	1.100,00	1.100,00	1.100,00	1.100,00	1.100,00	1.100,00	1.100,00	1.100,00	**13.200,00**
Dietas Enterais e Parenterais - UTI e UC	18.878,22	18.878,22	18.878,22	18.878,22	18.878,22	18.878,22	18.878,22	18.878,22	18.878,22	18.878,22	18.878,22	18.878,22	**226.538,64**
Dietas Enterais e Parenterais - Enfermaria	10.022,90	10.022,90	10.022,90	10.022,90	10.022,90	10.022,90	10.022,90	10.022,90	10.022,90	10.022,90	10.022,90	10.022,90	**120.274,80**
Órtese, Prótese e Materiais Especiais	142.000,00	142.000,00	142.000,00	142.000,00	142.000,00	142.000,00	142.000,00	142.000,00	142.000,00	142.000,00	142.000,00	142.000,00	**1.704.000,00**
Material de Limpeza	17.914,00	17.914,00	17.914,00	17.914,00	17.914,00	17.914,00	17.914,00	17.914,00	17.914,00	17.914,00	17.914,00	17.914,00	**214.968,00**
Material de Expediente	15.500,00	15.500,00	15.500,00	15.500,00	15.500,00	15.500,00	15.500,00	15.500,00	15.500,00	15.500,00	15.500,00	15.500,00	**186.000,00**
Material de Informática	2.000,00	2.000,00	2.000,00	2.000,00	2.000,00	2.000,00	2.000,00	2.000,00	2.000,00	2.000,00	2.000,00	2.000,00	**24.000,00**
Material de Manutenção - Predial	10.040,83	10.040,83	10.040,83	10.040,83	10.040,83	10.040,83	10.040,83	10.040,83	10.040,83	10.040,83	10.040,83	10.040,83	**120.489,99**
Material de Manutenção - Engenharia Clínica	5.000,00	5.000,00	5.000,00	5.000,00	5.000,00	5.000,00	5.000,00	5.000,00	5.000,00	5.000,00	5.000,00	5.000,00	**60.000,00**
Roupas Profissionais e Epi	24.513,72	24.513,72	24.513,72	24.513,72	24.513,72	24.513,72	24.513,72	24.513,72	24.513,72	24.513,72	24.513,72	24.513,72	**294.164,58**
Combustíveis e Lubrificantes - Veículo	809,88	809,88	809,88	809,88	809,88	809,88	809,88	809,88	809,88	809,88	809,88	809,88	**9.718,50**
Combustíveis e Lubrificantes - Gerador	324,50	324,50	324,50	324,50	324,50	324,50	324,50	324,50	324,50	324,50	324,50	324,50	**3.894,00**
Bens de Pequeno Valor Deduzidos	2.000,00	2.000,00	2.000,00	2.000,00	2.000,00	2.000,00	2.000,00	2.000,00	2.000,00	2.000,00	2.000,00	2.000,00	**24.000,00**
TOTAL	**639.584,04**	**639.584,04**	**639.584,04**	**639.584,04**	**639.584,04**	**639.584,04**	**639.584,04**	**639.584,04**	**639.584,04**	**639.584,04**	**639.584,04**	**639.584,04**	**7.675.008,51**
GERAIS	**MÊS 01**	**MÊS 02**	**MÊS 03**	**MÊS 04**	**MÊS 05**	**MÊS 06**	**MÊS 07**	**MÊS 08**	**MÊS 09**	**MÊS 10**	**MÊS 11**	**MÊS 12**	**TOTAL ANO 01**
Serviços - Manutenção Predial	13.485,17	13.485,17	13.485,17	13.485,17	13.485,17	13.485,17	13.485,17	13.485,17	13.485,17	13.485,17	13.485,17	13.485,17	**161.822,00**
Serviços Prestados Pessoa Jurídica	49.808,33	49.808,33	49.808,33	49.808,33	49.808,33	49.808,33	49.808,33	49.808,33	49.808,33	49.808,33	49.808,33	49.808,33	**597.700,00**
Serviço de Higiene e Limpeza	397.351,71	397.351,71	397.351,71	397.351,71	397.351,71	397.351,71	397.351,71	397.351,71	397.351,71	397.351,71	397.351,71	397.351,71	**4.768.220,53**
Serviço de Manutenção Predial	100.000,00	100.000,00	100.000,00	100.000,00	100.000,00	100.000,00	100.000,00	100.000,00	100.000,00	100.000,00	100.000,00	100.000,00	**1.200.000,00**
Serviços - Manutenção Equipamentos em Geral	2.000,00	2.000,00	2.000,00	2.000,00	2.000,00	2.000,00	2.000,00	2.000,00	2.000,00	2.000,00	2.000,00	2.000,00	**24.000,00**
Manutenção de Máq. e Equip. Hospitalares	18.000,00	18.000,00	18.000,00	18.000,00	18.000,00	18.000,00	18.000,00	18.000,00	18.000,00	18.000,00	18.000,00	18.000,00	**216.000,00**
Serviços - Manutenção Equipamentos de Informática	3.500,00	3.500,00	3.500,00	3.500,00	3.500,00	3.500,00	3.500,00	3.500,00	3.500,00	3.500,00	3.500,00	3.500,00	**42.000,00**
Serviços Laboratoriais	142.324,00	142.324,00	142.324,00	142.324,00	142.324,00	142.324,00	142.324,00	142.324,00	142.324,00	142.324,00	142.324,00	142.324,00	**1.707.888,00**
Locação de Equipamentos/Veículos/Ambulância	54.000,00	54.000,00	54.000,00	54.000,00	54.000,00	54.000,00	54.000,00	54.000,00	54.000,00	54.000,00	54.000,00	54.000,00	**648.000,00**
Locação de Equipamentos de Informática	14.000,00	14.000,00	14.000,00	14.000,00	14.000,00	14.000,00	14.000,00	14.000,00	14.000,00	14.000,00	14.000,00	14.000,00	**168.000,00**
Gases Medicinais	33.432,00	33.432,00	33.432,00	33.432,00	33.432,00	33.432,00	33.432,00	33.432,00	33.432,00	33.432,00	33.432,00	33.432,00	**401.184,00**
Serviços de Limpeza e Higienização	1.800,00	1.800,00	1.800,00	1.800,00	1.800,00	1.800,00	1.800,00	1.800,00	1.800,00	1.800,00	1.800,00	1.800,00	**21.600,00**
Serviços de Coleta de Resíduos Hospitalares	10.100,00	10.100,00	10.100,00	10.100,00	10.100,00	10.100,00	10.100,00	10.100,00	10.100,00	10.100,00	10.100,00	10.100,00	**121.200,00**
Assessoria em Programas de Qualidade	10.693,33	10.693,33	10.693,33	10.693,33	10.693,33	10.693,33	10.693,33	10.693,33	10.693,33	10.693,33	10.693,33	10.693,33	**128.320,00**
Serviços de Esterilização	12.000,00	12.000,00	12.000,00	12.000,00	12.000,00	12.000,00	12.000,00	12.000,00	12.000,00	12.000,00	12.000,00	12.000,00	**144.000,00**
Serviços de Lavanderia	67.200,00	67.200,00	67.200,00	67.200,00	67.200,00	67.200,00	67.200,00	67.200,00	67.200,00	67.200,00	67.200,00	67.200,00	**806.400,00**
Licenças de Software	32.100,00	32.100,00	32.100,00	32.100,00	32.100,00	32.100,00	32.100,00	32.100,00	32.100,00	32.100,00	32.100,00	32.100,00	**385.200,00**
Serviços Especializados	12.500,00	12.500,00	12.500,00	12.500,00	12.500,00	12.500,00	12.500,00	12.500,00	12.500,00	12.500,00	12.500,00	12.500,00	**150.000,00**
Divulgação Institucional	1.500,00	1.500,00	1.500,00	1.500,00	1.500,00	1.500,00	1.500,00	1.500,00	1.500,00	1.500,00	1.500,00	1.500,00	**18.000,00**
Despesas com Locomoção e Transporte	10.000,00	10.000,00	10.000,00	10.000,00	10.000,00	10.000,00	10.000,00	10.000,00	10.000,00	10.000,00	10.000,00	10.000,00	**120.000,00**

Este documento foi assinado digitalmente por Marco Antonio Guimaraes De Almeida e Benedito Zulmiro Ladeira Jendiroba.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://vertsign.portaldeassinaturas.com.br:443 e utilize o código 1019-4229-41B9-0692.

Orçamento													
Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado - HERSO													
Meses 01 a 12 - Ano 01													
Despesas com Hospedagem e Alimentação	20.000,00	20.000,00	20.000,00	20.000,00	20.000,00	20.000,00	20.000,00	20.000,00	20.000,00	20.000,00	20.000,00	20.000,00	**240.000,00**
Alimentação	250.000,00	250.000,00	250.000,00	250.000,00	250.000,00	250.000,00	250.000,00	250.000,00	250.000,00	250.000,00	250.000,00	250.000,00	**3.000.000,00**
Central de Distribuição	7.000,00	7.000,00	7.000,00	7.000,00	7.000,00	7.000,00	7.000,00	7.000,00	7.000,00	7.000,00	7.000,00	7.000,00	**84.000,00**
Despesas Postais	200,00	200,00	200,00	200,00	200,00	200,00	200,00	200,00	200,00	200,00	200,00	200,00	**2.400,00**
Rateio	187.432,37	187.432,37	187.432,37	187.432,37	187.432,37	187.432,37	187.432,37	187.432,37	187.432,37	187.432,37	187.432,37	187.432,37	**2.249.188,42**
TOTAL	**1.450.426,91**	**1.450.426,91**	**1.450.426,91**	**1.450.426,91**	**1.450.426,91**	**1.450.426,91**	**1.450.426,91**	**1.450.426,91**	**1.450.426,91**	**1.450.426,91**	**1.450.426,91**	**1.450.426,91**	**17.405.122,95**
INDIRETOS	**MÊS 01**	**MÊS 02**	**MÊS 03**	**MÊS 04**	**MÊS 05**	**MÊS 06**	**MÊS 07**	**MÊS 08**	**MÊS 09**	**MÊS 10**	**MÊS 11**	**MÊS 12**	**TOTAL ANO 01**
Água Ind.	14.000,00	14.000,00	14.000,00	14.000,00	14.000,00	14.000,00	14.000,00	14.000,00	14.000,00	14.000,00	14.000,00	14.000,00	**168.000,00**
Energia Elétrica Ind.	53.000,00	53.000,00	53.000,00	53.000,00	53.000,00	53.000,00	53.000,00	53.000,00	53.000,00	53.000,00	53.000,00	53.000,00	**636.000,00**
Seguro Predial	1.200,00	1.200,00	1.200,00	1.200,00	1.200,00	1.200,00	1.200,00	1.200,00	1.200,00	1.200,00	1.200,00	1.200,00	**14.400,00**
Internet	4.600,00	4.600,00	4.600,00	4.600,00	4.600,00	4.600,00	4.600,00	4.600,00	4.600,00	4.600,00	4.600,00	4.600,00	**55.200,00**
Telefone	2.400,00	2.400,00	2.400,00	2.400,00	2.400,00	2.400,00	2.400,00	2.400,00	2.400,00	2.400,00	2.400,00	2.400,00	**28.800,00**
TOTAL	**75.200,00**	**75.200,00**	**75.200,00**	**75.200,00**	**75.200,00**	**75.200,00**	**75.200,00**	**75.200,00**	**75.200,00**	**75.200,00**	**75.200,00**	**75.200,00**	**902.400,00**
TOTAL GERAL	**6.097.982,84**	**6.097.982,84**	**6.097.982,84**	**6.097.982,84**	**6.097.982,84**	**6.097.982,84**	**6.097.982,84**	**6.097.982,84**	**6.097.982,84**	**6.097.982,84**	**6.097.982,84**	**6.097.982,84**	**73.175.794,05**

A validade mínima da proposta é de 120 (cento e vinte) dias contados a partir da data da abertura de seu envelope pela Comissão Interna de Contratos de Gestão em Serviços de Saúde - CICGSS/GAB/SES-GO.

Benedito Zumiro Ladeira Jendiroba
Diretor Financeiro
Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus

Marco Antônio Guimarães de Almeida
Diretor Presidente
Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus

Este documento foi assinado digitalmente por Marco Antonio Guimaraes De Almeida e Benedito Zulmiro Ladeira Jendiroba.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://vertsign.portaldeassinaturas.com.br:443 e utilize o código 1019-4229-41B9-0692.

Este documento foi assinado digitalmente por Marco Antonio Guimaraes De Almeida e Benedito Zulmiro Ladeira Jendiroba.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://vertsign.portaldeassinaturas.com.br:443 e utilize o código 1019-4229-41B9-0692.

Orçamento

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

Meses 13 a 24 - Ano 02

PESSOAL	MÊS 13	MÊS 14	MÊS 15	MÊS 16	MÊS 17	MÊS 18	MÊS 19	MÊS 20	MÊS 21	MÊS 22	MÊS 23	MÊS 24	TOTAL ANO 02
Salários	1.377.455,31	1.377.455,31	1.377.455,31	1.377.455,31	1.377.455,31	1.377.455,31	1.377.455,31	1.377.455,31	1.377.455,31	1.377.455,31	1.377.455,31	1.377.455,31	**16.529.463,70**
Benefícios	70.898,70	70.898,70	70.898,70	70.898,70	70.898,70	70.898,70	70.898,70	70.898,70	70.898,70	70.898,70	70.898,70	70.898,70	**850.784,40**
Férias, 13º Salário, Encargos e Contribuições	324.831,51	324.831,51	324.831,51	324.831,51	324.831,51	324.831,51	324.831,51	324.831,51	324.831,51	324.831,51	324.831,51	324.831,51	**3.897.978,13**
Verbas Rescisórias - Provisões	269.881,56	269.881,56	269.881,56	269.881,56	269.881,56	269.881,56	269.881,56	269.881,56	269.881,56	269.881,56	269.881,56	269.881,56	**3.238.578,76**
Serviços Médico - PJ	1.889.704,80	1.889.704,80	1.889.704,80	1.889.704,80	1.889.704,80	1.889.704,80	1.889.704,80	1.889.704,80	1.889.704,80	1.889.704,80	1.889.704,80	1.889.704,80	**22.676.457,60**
TOTAL	**3.932.771,88**	**3.932.771,88**	**3.932.771,88**	**3.932.771,88**	**3.932.771,88**	**3.932.771,88**	**3.932.771,88**	**3.932.771,88**	**3.932.771,88**	**3.932.771,88**	**3.932.771,88**	**3.932.771,88**	**47.193.262,59**
MATERIAIS	**MÊS 13**	**MÊS 14**	**MÊS 15**	**MÊS 16**	**MÊS 17**	**MÊS 18**	**MÊS 19**	**MÊS 20**	**MÊS 21**	**MÊS 22**	**MÊS 23**	**MÊS 24**	**TOTAL ANO 02**
Drogas e Medicamentos	211.575,00	211.575,00	211.575,00	211.575,00	211.575,00	211.575,00	211.575,00	211.575,00	211.575,00	211.575,00	211.575,00	211.575,00	**2.538.900,00**
Materiais de Consumo Hospitalar	177.905,00	177.905,00	177.905,00	177.905,00	177.905,00	177.905,00	177.905,00	177.905,00	177.905,00	177.905,00	177.905,00	177.905,00	**2.134.860,00**
Materiais Odontológicos	1.100,00	1.100,00	1.100,00	1.100,00	1.100,00	1.100,00	1.100,00	1.100,00	1.100,00	1.100,00	1.100,00	1.100,00	**13.200,00**
Dietas Enterais e Parenterais - UTI e UC	18.878,22	18.878,22	18.878,22	18.878,22	18.878,22	18.878,22	18.878,22	18.878,22	18.878,22	18.878,22	18.878,22	18.878,22	**226.538,64**
Dietas Enterais e Parenterais - Enfermaria	10.022,90	10.022,90	10.022,90	10.022,90	10.022,90	10.022,90	10.022,90	10.022,90	10.022,90	10.022,90	10.022,90	10.022,90	**120.274,80**
Órtese, Prótese e Materiais Especiais	142.000,00	142.000,00	142.000,00	142.000,00	142.000,00	142.000,00	142.000,00	142.000,00	142.000,00	142.000,00	142.000,00	142.000,00	**1.704.000,00**
Material de Limpeza	17.914,00	17.914,00	17.914,00	17.914,00	17.914,00	17.914,00	17.914,00	17.914,00	17.914,00	17.914,00	17.914,00	17.914,00	**214.968,00**
Material de Expediente	15.500,00	15.500,00	15.500,00	15.500,00	15.500,00	15.500,00	15.500,00	15.500,00	15.500,00	15.500,00	15.500,00	15.500,00	**186.000,00**
Material de Informática	2.000,00	2.000,00	2.000,00	2.000,00	2.000,00	2.000,00	2.000,00	2.000,00	2.000,00	2.000,00	2.000,00	2.000,00	**24.000,00**
Material de Manutenção - Predial	10.040,83	10.040,83	10.040,83	10.040,83	10.040,83	10.040,83	10.040,83	10.040,83	10.040,83	10.040,83	10.040,83	10.040,83	**120.489,99**
Material de Manutenção - Engenharia Clínica	5.000,00	5.000,00	5.000,00	5.000,00	5.000,00	5.000,00	5.000,00	5.000,00	5.000,00	5.000,00	5.000,00	5.000,00	**60.000,00**
Roupas Profissionais e Epi	24.513,72	24.513,72	24.513,72	24.513,72	24.513,72	24.513,72	24.513,72	24.513,72	24.513,72	24.513,72	24.513,72	24.513,72	**294.164,58**
Combustíveis e Lubrificantes - Veículo	809,88	809,88	809,88	809,88	809,88	809,88	809,88	809,88	809,88	809,88	809,88	809,88	**9.718,50**
Combustíveis e Lubrificantes - Gerador	324,50	324,50	324,50	324,50	324,50	324,50	324,50	324,50	324,50	324,50	324,50	324,50	**3.894,00**
Bens de Pequeno Valor Deduzidos	2.000,00	2.000,00	2.000,00	2.000,00	2.000,00	2.000,00	2.000,00	2.000,00	2.000,00	2.000,00	2.000,00	2.000,00	**24.000,00**
TOTAL	**639.584,04**	**639.584,04**	**639.584,04**	**639.584,04**	**639.584,04**	**639.584,04**	**639.584,04**	**639.584,04**	**639.584,04**	**639.584,04**	**639.584,04**	**639.584,04**	**7.675.008,51**
GERAIS	**MÊS 13**	**MÊS 14**	**MÊS 15**	**MÊS 16**	**MÊS 17**	**MÊS 18**	**MÊS 19**	**MÊS 20**	**MÊS 21**	**MÊS 22**	**MÊS 23**	**MÊS 24**	**TOTAL ANO 02**
Serviços - Manutenção Predial	13.485,17	13.485,17	13.485,17	13.485,17	13.485,17	13.485,17	13.485,17	13.485,17	13.485,17	13.485,17	13.485,17	13.485,17	**161.822,00**
Serviços Prestados Pessoa Jurídica	49.808,33	49.808,33	49.808,33	49.808,33	49.808,33	49.808,33	49.808,33	49.808,33	49.808,33	49.808,33	49.808,33	49.808,33	**597.700,00**
Serviço de Higiene e Limpeza	397.351,71	397.351,71	397.351,71	397.351,71	397.351,71	397.351,71	397.351,71	397.351,71	397.351,71	397.351,71	397.351,71	397.351,71	**4.768.220,53**
Serviço de Manutenção Predial	100.000,00	100.000,00	100.000,00	100.000,00	100.000,00	100.000,00	100.000,00	100.000,00	100.000,00	100.000,00	100.000,00	100.000,00	**1.200.000,00**
Serviços - Manutenção Equipamentos em Geral	2.000,00	2.000,00	2.000,00	2.000,00	2.000,00	2.000,00	2.000,00	2.000,00	2.000,00	2.000,00	2.000,00	2.000,00	**24.000,00**
Manutenção de Máq. e Equip. Hospitalares	18.000,00	18.000,00	18.000,00	18.000,00	18.000,00	18.000,00	18.000,00	18.000,00	18.000,00	18.000,00	18.000,00	18.000,00	**216.000,00**
Serviços - Manutenção Equipamentos de Informática	3.500,00	3.500,00	3.500,00	3.500,00	3.500,00	3.500,00	3.500,00	3.500,00	3.500,00	3.500,00	3.500,00	3.500,00	**42.000,00**
Serviços Laboratoriais	142.324,00	142.324,00	142.324,00	142.324,00	142.324,00	142.324,00	142.324,00	142.324,00	142.324,00	142.324,00	142.324,00	142.324,00	**1.707.888,00**
Locação de Equipamentos/Veículos/Ambulância	54.000,00	54.000,00	54.000,00	54.000,00	54.000,00	54.000,00	54.000,00	54.000,00	54.000,00	54.000,00	54.000,00	54.000,00	**648.000,00**
Locação de Equipamentos de Informática	14.000,00	14.000,00	14.000,00	14.000,00	14.000,00	14.000,00	14.000,00	14.000,00	14.000,00	14.000,00	14.000,00	14.000,00	**168.000,00**
Gases Medicinais	33.432,00	33.432,00	33.432,00	33.432,00	33.432,00	33.432,00	33.432,00	33.432,00	33.432,00	33.432,00	33.432,00	33.432,00	**401.184,00**
Serviços de Limpeza e Higienização	1.800,00	1.800,00	1.800,00	1.800,00	1.800,00	1.800,00	1.800,00	1.800,00	1.800,00	1.800,00	1.800,00	1.800,00	**21.600,00**
Serviços de Coleta de Resíduos Hospitalares	10.100,00	10.100,00	10.100,00	10.100,00	10.100,00	10.100,00	10.100,00	10.100,00	10.100,00	10.100,00	10.100,00	10.100,00	**121.200,00**
Assessoria em Programas de Qualidade	10.693,33	10.693,33	10.693,33	10.693,33	10.693,33	10.693,33	10.693,33	10.693,33	10.693,33	10.693,33	10.693,33	10.693,33	**128.320,00**
Serviços de Esterilização	12.000,00	12.000,00	12.000,00	12.000,00	12.000,00	12.000,00	12.000,00	12.000,00	12.000,00	12.000,00	12.000,00	12.000,00	**144.000,00**
Serviços de Lavanderia	67.200,00	67.200,00	67.200,00	67.200,00	67.200,00	67.200,00	67.200,00	67.200,00	67.200,00	67.200,00	67.200,00	67.200,00	**806.400,00**
Licenças de Software	32.100,00	32.100,00	32.100,00	32.100,00	32.100,00	32.100,00	32.100,00	32.100,00	32.100,00	32.100,00	32.100,00	32.100,00	**385.200,00**
Serviços Especializados	12.500,00	12.500,00	12.500,00	12.500,00	12.500,00	12.500,00	12.500,00	12.500,00	12.500,00	12.500,00	12.500,00	12.500,00	**150.000,00**
Divulgação Institucional	1.500,00	1.500,00	1.500,00	1.500,00	1.500,00	1.500,00	1.500,00	1.500,00	1.500,00	1.500,00	1.500,00	1.500,00	**18.000,00**
Despesas com Locomoção e Transporte	10.000,00	10.000,00	10.000,00	10.000,00	10.000,00	10.000,00	10.000,00	10.000,00	10.000,00	10.000,00	10.000,00	10.000,00	**120.000,00**

Este documento foi assinado digitalmente por Marco Antonio Guimaraes De Almeida e Benedito Zulmiro Ladeira Jendiroba.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://vertsign.portaldeassinaturas.com.br:443 e utilize o código 1019-4229-41B9-0692.

Orçamento

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

Meses 13 a 24 - Ano 02

Despesas com Hospedagem e Alimentação	20.000,00	20.000,00	20.000,00	20.000,00	20.000,00	20.000,00	20.000,00	20.000,00	20.000,00	20.000,00	20.000,00	20.000,00	**240.000,00**
Alimentação	250.000,00	250.000,00	250.000,00	250.000,00	250.000,00	250.000,00	250.000,00	250.000,00	250.000,00	250.000,00	250.000,00	250.000,00	**3.000.000,00**
Central de Distribuição	7.000,00	7.000,00	7.000,00	7.000,00	7.000,00	7.000,00	7.000,00	7.000,00	7.000,00	7.000,00	7.000,00	7.000,00	**84.000,00**
Despesas Postais	200,00	200,00	200,00	200,00	200,00	200,00	200,00	200,00	200,00	200,00	200,00	200,00	**2.400,00**
Rateio	187.432,37	187.432,37	187.432,37	187.432,37	187.432,37	187.432,37	187.432,37	187.432,37	187.432,37	187.432,37	187.432,37	187.432,37	**2.249.188,42**
TOTAL	**1.450.426,91**	**1.450.426,91**	**1.450.426,91**	**1.450.426,91**	**1.450.426,91**	**1.450.426,91**	**1.450.426,91**	**1.450.426,91**	**1.450.426,91**	**1.450.426,91**	**1.450.426,91**	**1.450.426,91**	**17.405.122,95**
INDIRETOS	**MÊS 13**	**MÊS 14**	**MÊS 15**	**MÊS 16**	**MÊS 17**	**MÊS 18**	**MÊS 19**	**MÊS 20**	**MÊS 21**	**MÊS 22**	**MÊS 23**	**MÊS 24**	**TOTAL ANO 02**
Água Ind.	14.000,00	14.000,00	14.000,00	14.000,00	14.000,00	14.000,00	14.000,00	14.000,00	14.000,00	14.000,00	14.000,00	14.000,00	**168.000,00**
Energia Elétrica Ind.	53.000,00	53.000,00	53.000,00	53.000,00	53.000,00	53.000,00	53.000,00	53.000,00	53.000,00	53.000,00	53.000,00	53.000,00	**636.000,00**
Seguro Predial	1.200,00	1.200,00	1.200,00	1.200,00	1.200,00	1.200,00	1.200,00	1.200,00	1.200,00	1.200,00	1.200,00	1.200,00	**14.400,00**
Internet	4.600,00	4.600,00	4.600,00	4.600,00	4.600,00	4.600,00	4.600,00	4.600,00	4.600,00	4.600,00	4.600,00	4.600,00	**55.200,00**
Telefone	2.400,00	2.400,00	2.400,00	2.400,00	2.400,00	2.400,00	2.400,00	2.400,00	2.400,00	2.400,00	2.400,00	2.400,00	**28.800,00**
TOTAL	**75.200,00**	**75.200,00**	**75.200,00**	**75.200,00**	**75.200,00**	**75.200,00**	**75.200,00**	**75.200,00**	**75.200,00**	**75.200,00**	**75.200,00**	**75.200,00**	**902.400,00**
TOTAL GERAL	**6.097.982,84**	**6.097.982,84**	**6.097.982,84**	**6.097.982,84**	**6.097.982,84**	**6.097.982,84**	**6.097.982,84**	**6.097.982,84**	**6.097.982,84**	**6.097.982,84**	**6.097.982,84**	**6.097.982,84**	**73.175.794,05**

A validade mínima da proposta é de 120 (cento e vinte) dias contados a partir da data da abertura de seu envelope pela Comissão Interna de Contratos de Gestão em Serviços de Saúde - CICGSS/GAB/SES-GO.

Benedito Zumiro Ladeira Jendiroba
Diretor Financeiro
Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus

Marco Antônio Guimarães de Almeida
Diretor Presidente
Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus

Este documento foi assinado digitalmente por Marco Antonio Guimaraes De Almeida e Benedito Zulmiro Ladeira Jendiroba.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://vertsign.portaldeassinaturas.com.br:443 e utilize o código 1019-4229-41B9-0692.

Este documento foi assinado digitalmente por Marco Antonio Guimaraes De Almeida e Benedito Zulmiro Ladeira Jendiroba.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://vertsign.portaldeassinaturas.com.br:443 e utilize o código 1019-4229-41B9-0692.

Orçamento

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

Meses 25 a 36 - Ano 03

PESSOAL	MÊS 25	MÊS 26	MÊS 27	MÊS 28	MÊS 29	MÊS 30	MÊS 31	MÊS 32	MÊS 33	MÊS 34	MÊS 35	MÊS 36	TOTAL ANO 03
Salários	1.377.455,31	1.377.455,31	1.377.455,31	1.377.455,31	1.377.455,31	1.377.455,31	1.377.455,31	1.377.455,31	1.377.455,31	1.377.455,31	1.377.455,31	1.377.455,31	**16.529.463,70**
Benefícios	70.898,70	70.898,70	70.898,70	70.898,70	70.898,70	70.898,70	70.898,70	70.898,70	70.898,70	70.898,70	70.898,70	70.898,70	**850.784,40**
Férias, 13º Salário, Encargos e Contribuições	324.831,51	324.831,51	324.831,51	324.831,51	324.831,51	324.831,51	324.831,51	324.831,51	324.831,51	324.831,51	324.831,51	324.831,51	**3.897.978,13**
Verbas Rescisórias - Provisões	269.881,56	269.881,56	269.881,56	269.881,56	269.881,56	269.881,56	269.881,56	269.881,56	269.881,56	269.881,56	269.881,56	269.881,56	**3.238.578,76**
Serviços Médico - PJ	1.889.704,80	1.889.704,80	1.889.704,80	1.889.704,80	1.889.704,80	1.889.704,80	1.889.704,80	1.889.704,80	1.889.704,80	1.889.704,80	1.889.704,80	1.889.704,80	**22.676.457,60**
TOTAL	**3.932.771,88**	**3.932.771,88**	**3.932.771,88**	**3.932.771,88**	**3.932.771,88**	**3.932.771,88**	**3.932.771,88**	**3.932.771,88**	**3.932.771,88**	**3.932.771,88**	**3.932.771,88**	**3.932.771,88**	**47.193.262,59**
MATERIAIS	**MÊS 25**	**MÊS 26**	**MÊS 27**	**MÊS 28**	**MÊS 29**	**MÊS 30**	**MÊS 31**	**MÊS 32**	**MÊS 33**	**MÊS 34**	**MÊS 35**	**MÊS 36**	**TOTAL ANO 03**
Drogas e Medicamentos	211.575,00	211.575,00	211.575,00	211.575,00	211.575,00	211.575,00	211.575,00	211.575,00	211.575,00	211.575,00	211.575,00	211.575,00	**2.538.900,00**
Materiais de Consumo Hospitalar	177.905,00	177.905,00	177.905,00	177.905,00	177.905,00	177.905,00	177.905,00	177.905,00	177.905,00	177.905,00	177.905,00	177.905,00	**2.134.860,00**
Materiais Odontológicos	1.100,00	1.100,00	1.100,00	1.100,00	1.100,00	1.100,00	1.100,00	1.100,00	1.100,00	1.100,00	1.100,00	1.100,00	**13.200,00**
Dietas Enterais e Parenterais - UTI e UC	18.878,22	18.878,22	18.878,22	18.878,22	18.878,22	18.878,22	18.878,22	18.878,22	18.878,22	18.878,22	18.878,22	18.878,22	**226.538,64**
Dietas Enterais e Parenterais - Enfermaria	10.022,90	10.022,90	10.022,90	10.022,90	10.022,90	10.022,90	10.022,90	10.022,90	10.022,90	10.022,90	10.022,90	10.022,90	**120.274,80**
Órtese, Prótese e Materiais Especiais	142.000,00	142.000,00	142.000,00	142.000,00	142.000,00	142.000,00	142.000,00	142.000,00	142.000,00	142.000,00	142.000,00	142.000,00	**1.704.000,00**
Material de Limpeza	17.914,00	17.914,00	17.914,00	17.914,00	17.914,00	17.914,00	17.914,00	17.914,00	17.914,00	17.914,00	17.914,00	17.914,00	**214.968,00**
Material de Expediente	15.500,00	15.500,00	15.500,00	15.500,00	15.500,00	15.500,00	15.500,00	15.500,00	15.500,00	15.500,00	15.500,00	15.500,00	**186.000,00**
Material de Informática	2.000,00	2.000,00	2.000,00	2.000,00	2.000,00	2.000,00	2.000,00	2.000,00	2.000,00	2.000,00	2.000,00	2.000,00	**24.000,00**
Material de Manutenção - Predial	10.040,83	10.040,83	10.040,83	10.040,83	10.040,83	10.040,83	10.040,83	10.040,83	10.040,83	10.040,83	10.040,83	10.040,83	**120.489,99**
Material de Manutenção - Engenharia Clínica	5.000,00	5.000,00	5.000,00	5.000,00	5.000,00	5.000,00	5.000,00	5.000,00	5.000,00	5.000,00	5.000,00	5.000,00	**60.000,00**
Roupas Profissionais e Epi	24.513,72	24.513,72	24.513,72	24.513,72	24.513,72	24.513,72	24.513,72	24.513,72	24.513,72	24.513,72	24.513,72	24.513,72	**294.164,58**
Combustíveis e Lubrificantes - Veículo	809,88	809,88	809,88	809,88	809,88	809,88	809,88	809,88	809,88	809,88	809,88	809,88	**9.718,50**
Combustíveis e Lubrificantes - Gerador	324,50	324,50	324,50	324,50	324,50	324,50	324,50	324,50	324,50	324,50	324,50	324,50	**3.894,00**
Bens de Pequeno Valor Deduzidos	2.000,00	2.000,00	2.000,00	2.000,00	2.000,00	2.000,00	2.000,00	2.000,00	2.000,00	2.000,00	2.000,00	2.000,00	**24.000,00**
TOTAL	**639.584,04**	**639.584,04**	**639.584,04**	**639.584,04**	**639.584,04**	**639.584,04**	**639.584,04**	**639.584,04**	**639.584,04**	**639.584,04**	**639.584,04**	**639.584,04**	**7.675.008,51**
GERAIS	**MÊS 25**	**MÊS 26**	**MÊS 27**	**MÊS 28**	**MÊS 29**	**MÊS 30**	**MÊS 31**	**MÊS 32**	**MÊS 33**	**MÊS 34**	**MÊS 35**	**MÊS 36**	**TOTAL ANO 03**
Serviços - Manutenção Predial	13.485,17	13.485,17	13.485,17	13.485,17	13.485,17	13.485,17	13.485,17	13.485,17	13.485,17	13.485,17	13.485,17	13.485,17	**161.822,00**
Serviços Prestados Pessoa Jurídica	49.808,33	49.808,33	49.808,33	49.808,33	49.808,33	49.808,33	49.808,33	49.808,33	49.808,33	49.808,33	49.808,33	49.808,33	**597.700,00**
Serviço de Higiene e Limpeza	397.351,71	397.351,71	397.351,71	397.351,71	397.351,71	397.351,71	397.351,71	397.351,71	397.351,71	397.351,71	397.351,71	397.351,71	**4.768.220,53**
Serviço de Manutenção Predial	100.000,00	100.000,00	100.000,00	100.000,00	100.000,00	100.000,00	100.000,00	100.000,00	100.000,00	100.000,00	100.000,00	100.000,00	**1.200.000,00**
Serviços - Manutenção Equipamentos em Geral	2.000,00	2.000,00	2.000,00	2.000,00	2.000,00	2.000,00	2.000,00	2.000,00	2.000,00	2.000,00	2.000,00	2.000,00	**24.000,00**
Manutenção de Máq. e Equip. Hospitalares	18.000,00	18.000,00	18.000,00	18.000,00	18.000,00	18.000,00	18.000,00	18.000,00	18.000,00	18.000,00	18.000,00	18.000,00	**216.000,00**
Serviços - Manutenção Equipamentos de Informática	3.500,00	3.500,00	3.500,00	3.500,00	3.500,00	3.500,00	3.500,00	3.500,00	3.500,00	3.500,00	3.500,00	3.500,00	**42.000,00**
Serviços Laboratoriais	142.324,00	142.324,00	142.324,00	142.324,00	142.324,00	142.324,00	142.324,00	142.324,00	142.324,00	142.324,00	142.324,00	142.324,00	**1.707.888,00**
Locação de Equipamentos/Veículos/Ambulância	54.000,00	54.000,00	54.000,00	54.000,00	54.000,00	54.000,00	54.000,00	54.000,00	54.000,00	54.000,00	54.000,00	54.000,00	**648.000,00**
Locação de Equipamentos de Informática	14.000,00	14.000,00	14.000,00	14.000,00	14.000,00	14.000,00	14.000,00	14.000,00	14.000,00	14.000,00	14.000,00	14.000,00	**168.000,00**
Gases Medicinais	33.432,00	33.432,00	33.432,00	33.432,00	33.432,00	33.432,00	33.432,00	33.432,00	33.432,00	33.432,00	33.432,00	33.432,00	**401.184,00**
Serviços de Limpeza e Higienização	1.800,00	1.800,00	1.800,00	1.800,00	1.800,00	1.800,00	1.800,00	1.800,00	1.800,00	1.800,00	1.800,00	1.800,00	**21.600,00**
Serviços de Coleta de Resíduos Hospitalares	10.100,00	10.100,00	10.100,00	10.100,00	10.100,00	10.100,00	10.100,00	10.100,00	10.100,00	10.100,00	10.100,00	10.100,00	**121.200,00**
Assessoria em Programas de Qualidade	10.693,33	10.693,33	10.693,33	10.693,33	10.693,33	10.693,33	10.693,33	10.693,33	10.693,33	10.693,33	10.693,33	10.693,33	**128.320,00**
Serviços de Esterilização	12.000,00	12.000,00	12.000,00	12.000,00	12.000,00	12.000,00	12.000,00	12.000,00	12.000,00	12.000,00	12.000,00	12.000,00	**144.000,00**
Serviços de Lavanderia	67.200,00	67.200,00	67.200,00	67.200,00	67.200,00	67.200,00	67.200,00	67.200,00	67.200,00	67.200,00	67.200,00	67.200,00	**806.400,00**
Licenças de Software	32.100,00	32.100,00	32.100,00	32.100,00	32.100,00	32.100,00	32.100,00	32.100,00	32.100,00	32.100,00	32.100,00	32.100,00	**385.200,00**
Serviços Especializados	12.500,00	12.500,00	12.500,00	12.500,00	12.500,00	12.500,00	12.500,00	12.500,00	12.500,00	12.500,00	12.500,00	12.500,00	**150.000,00**
Divulgação Institucional	1.500,00	1.500,00	1.500,00	1.500,00	1.500,00	1.500,00	1.500,00	1.500,00	1.500,00	1.500,00	1.500,00	1.500,00	**18.000,00**
Despesas com Locomoção e Transporte	10.000,00	10.000,00	10.000,00	10.000,00	10.000,00	10.000,00	10.000,00	10.000,00	10.000,00	10.000,00	10.000,00	10.000,00	**120.000,00**

Este documento foi assinado digitalmente por Marco Antonio Guimaraes De Almeida e Benedito Zulmiro Ladeira Jendiroba.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://vertsign.portaldeassinaturas.com.br:443 e utilize o código 1019-4229-41B9-0692.

Orçamento

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

Meses 25 a 36 - Ano 03

Despesas com Hospedagem e Alimentação	20.000,00	20.000,00	20.000,00	20.000,00	20.000,00	20.000,00	20.000,00	20.000,00	20.000,00	20.000,00	20.000,00	20.000,00	**240.000,00**
Alimentação	250.000,00	250.000,00	250.000,00	250.000,00	250.000,00	250.000,00	250.000,00	250.000,00	250.000,00	250.000,00	250.000,00	250.000,00	**3.000.000,00**
Central de Distribuição	7.000,00	7.000,00	7.000,00	7.000,00	7.000,00	7.000,00	7.000,00	7.000,00	7.000,00	7.000,00	7.000,00	7.000,00	**84.000,00**
Despesas Postais	200,00	200,00	200,00	200,00	200,00	200,00	200,00	200,00	200,00	200,00	200,00	200,00	**2.400,00**
Rateio	187.432,37	187.432,37	187.432,37	187.432,37	187.432,37	187.432,37	187.432,37	187.432,37	187.432,37	187.432,37	187.432,37	187.432,37	**2.249.188,42**
TOTAL	**1.450.426,91**	**1.450.426,91**	**1.450.426,91**	**1.450.426,91**	**1.450.426,91**	**1.450.426,91**	**1.450.426,91**	**1.450.426,91**	**1.450.426,91**	**1.450.426,91**	**1.450.426,91**	**1.450.426,91**	**17.405.122,95**
INDIRETOS	**MÊS 25**	**MÊS 26**	**MÊS 27**	**MÊS 28**	**MÊS 29**	**MÊS 30**	**MÊS 31**	**MÊS 32**	**MÊS 33**	**MÊS 34**	**MÊS 35**	**MÊS 36**	**TOTAL ANO 03**
Água Ind.	14.000,00	14.000,00	14.000,00	14.000,00	14.000,00	14.000,00	14.000,00	14.000,00	14.000,00	14.000,00	14.000,00	14.000,00	**168.000,00**
Energia Elétrica Ind.	53.000,00	53.000,00	53.000,00	53.000,00	53.000,00	53.000,00	53.000,00	53.000,00	53.000,00	53.000,00	53.000,00	53.000,00	**636.000,00**
Seguro Predial	1.200,00	1.200,00	1.200,00	1.200,00	1.200,00	1.200,00	1.200,00	1.200,00	1.200,00	1.200,00	1.200,00	1.200,00	**14.400,00**
Internet	4.600,00	4.600,00	4.600,00	4.600,00	4.600,00	4.600,00	4.600,00	4.600,00	4.600,00	4.600,00	4.600,00	4.600,00	**55.200,00**
Telefone	2.400,00	2.400,00	2.400,00	2.400,00	2.400,00	2.400,00	2.400,00	2.400,00	2.400,00	2.400,00	2.400,00	2.400,00	**28.800,00**
TOTAL	**75.200,00**	**75.200,00**	**75.200,00**	**75.200,00**	**75.200,00**	**75.200,00**	**75.200,00**	**75.200,00**	**75.200,00**	**75.200,00**	**75.200,00**	**75.200,00**	**902.400,00**
TOTAL GERAL	**6.097.982,84**	**6.097.982,84**	**6.097.982,84**	**6.097.982,84**	**6.097.982,84**	**6.097.982,84**	**6.097.982,84**	**6.097.982,84**	**6.097.982,84**	**6.097.982,84**	**6.097.982,84**	**6.097.982,84**	**73.175.794,05**

A validade mínima da proposta é de 120 (cento e vinte) dias contados a partir da data da abertura de seu envelope pela Comissão Interna de Contratos de Gestão em Serviços de Saúde - CICGSS/GAB/SES-GO.

Benedito Zumiro Ladeira Jendiroba
Diretor Financeiro
Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus

Marco Antônio Guimarães de Almeida
Diretor Presidente
Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus

Este documento foi assinado digitalmente por Marco Antonio Guimaraes De Almeida e Benedito Zulmiro Ladeira Jendiroba.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://vertsign.portaldeassinaturas.com.br:443 e utilize o código 1019-4229-41B9-0692.

Este documento foi assinado digitalmente por Marco Antonio Guimaraes De Almeida e Benedito Zulmiro Ladeira Jendiroba.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://vertsign.portaldeassinaturas.com.br:443 e utilize o código 1019-4229-41B9-0692.

Orçamento

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

Anos 01 a 03

PESSOAL	TOTAL ANO 01	TOTAL ANO 02	TOTAL ANO 03	TOTAL GERAL
Salários	16.529.463,70	16.529.463,70	16.529.463,70	**49.588.391,10**
Benefícios	850.784,40	850.784,40	850.784,40	**2.552.353,20**
Férias, 13º Salário, Encargos e Contribuições	3.897.978,13	3.897.978,13	3.897.978,13	**11.693.934,39**
Verbas Rescisórias - Provisões	3.238.578,76	3.238.578,76	3.238.578,76	**9.715.736,27**
Serviços Médico - PJ	22.676.457,60	22.676.457,60	22.676.457,60	**68.029.372,80**
TOTAL	**47.193.262,59**	**47.193.262,59**	**47.193.262,59**	**141.579.787,76**
MATERIAIS	**TOTAL ANO 01**	**TOTAL ANO 02**	**TOTAL ANO 03**	**TOTAL GERAL**
Drogas e Medicamentos	2.538.900,00	2.538.900,00	2.538.900,00	**7.616.700,00**
Materiais de Consumo Hospitalar	2.134.860,00	2.134.860,00	2.134.860,00	**6.404.580,00**
Materiais Odontológicos	13.200,00	13.200,00	13.200,00	**39.600,00**
Dietas Enterais e Parenterais - UTI e UC	226.538,64	226.538,64	226.538,64	**679.615,92**
Dietas Enterais e Parenterais - Enfermaria	120.274,80	120.274,80	120.274,80	**360.824,40**
Órtese, Prótese e Materiais Especiais	1.704.000,00	1.704.000,00	1.704.000,00	**5.112.000,00**
Material de Limpeza	214.968,00	214.968,00	214.968,00	**644.904,00**
Material de Expediente	186.000,00	186.000,00	186.000,00	**558.000,00**
Material de Informática	24.000,00	24.000,00	24.000,00	**72.000,00**
Material de Manutenção - Predial	120.489,99	120.489,99	120.489,99	**361.469,97**
Material de Manutenção - Engenharia Clínica	60.000,00	60.000,00	60.000,00	**180.000,00**
Roupas Profissionais e Epi	294.164,58	294.164,58	294.164,58	**882.493,74**
Combustíveis e Lubrificantes - Veículo	9.718,50	9.718,50	9.718,50	**29.155,50**
Combustíveis e Lubrificantes - Gerador	3.894,00	3.894,00	3.894,00	**11.682,00**
Bens de Pequeno Valor Deduzidos	24.000,00	24.000,00	24.000,00	**72.000,00**
TOTAL	**7.675.008,51**	**7.675.008,51**	**7.675.008,51**	**23.025.025,53**
GERAIS	**TOTAL ANO 01**	**TOTAL ANO 02**	**TOTAL ANO 03**	**TOTAL GERAL**
Serviços - Manutenção Predial	161.822,00	161.822,00	161.822,00	**485.466,00**
Serviços Prestados Pessoa Jurídica	597.700,00	597.700,00	597.700,00	**1.793.100,00**
Serviço de Higiene e Limpeza	4.768.220,53	4.768.220,53	4.768.220,53	**14.304.661,60**
Serviço de Manutenção Predial	1.200.000,00	1.200.000,00	1.200.000,00	**3.600.000,00**
Serviços - Manutenção Equipamentos em Geral	24.000,00	24.000,00	24.000,00	**72.000,00**
Manutenção de Máq. e Equip. Hospitalares	216.000,00	216.000,00	216.000,00	**648.000,00**
Serviços - Manutenção Equipamentos de Informática	42.000,00	42.000,00	42.000,00	**126.000,00**
Serviços Laboratoriais	1.707.888,00	1.707.888,00	1.707.888,00	**5.123.664,00**
Locação de Equipamentos/Veículos/Ambulância	648.000,00	648.000,00	648.000,00	**1.944.000,00**
Locação de Equipamentos de Informática	168.000,00	168.000,00	168.000,00	**504.000,00**
Gases Medicinais	401.184,00	401.184,00	401.184,00	**1.203.552,00**
Serviços de Limpeza e Higienização	21.600,00	21.600,00	21.600,00	**64.800,00**
Serviços de Coleta de Resíduos Hospitalares	121.200,00	121.200,00	121.200,00	**363.600,00**
Assessoria em Programas de Qualidade	128.320,00	128.320,00	128.320,00	**384.960,00**
Serviços de Esterilização	144.000,00	144.000,00	144.000,00	**432.000,00**
Serviços de Lavanderia	806.400,00	806.400,00	806.400,00	**2.419.200,00**
Licenças de Software	385.200,00	385.200,00	385.200,00	**1.155.600,00**
Serviços Especializados	150.000,00	150.000,00	150.000,00	**450.000,00**

Este documento foi assinado digitalmente por Marco Antonio Guimaraes De Almeida e Benedito Zulmiro Ladeira Jendiroba.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://vertsign.portaldeassinaturas.com.br:443 e utilize o código 1019-4229-41B9-0692.

Este documento foi assinado digitalmente por Marco Antonio Guimaraes De Almeida e Benedito Zulmiro Ladeira Jendiroba.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://vertsign.portaldeassinaturas.com.br:443 e utilize o código 1019-4229-41B9-0692.

Orçamento Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado - HERSO Anos 01 a 03				
Divulgação Institucional	18.000,00	18.000,00	18.000,00	**54.000,00**
Despesas com Locomoção e Transporte	120.000,00	120.000,00	120.000,00	**360.000,00**
Despesas com Hospedagem e Alimentação	240.000,00	240.000,00	240.000,00	**720.000,00**
Alimentação	3.000.000,00	3.000.000,00	3.000.000,00	**9.000.000,00**
Central de Distribuição	84.000,00	84.000,00	84.000,00	**252.000,00**
Despesas Postais	2.400,00	2.400,00	2.400,00	**7.200,00**
Rateio	2.249.188,42	2.249.188,42	2.249.188,42	**6.747.565,26**
TOTAL	**17.405.123**	**17.405.123**	**17.405.123**	**52.215.369**
INDIRETOS	**TOTAL ANO 01**	**TOTAL ANO 02**	**TOTAL ANO 03**	**TOTAL GERAL**
Água Ind.	168.000,00	168.000,00	168.000,00	**504.000,00**
Energia Elétrica Ind.	636.000,00	636.000,00	636.000,00	**1.908.000,00**
Seguro Predial	14.400,00	14.400,00	14.400,00	**43.200,00**
Internet	55.200,00	55.200,00	55.200,00	**165.600,00**
Telefone	28.800,00	28.800,00	28.800,00	**86.400,00**
TOTAL	**902.400,00**	**902.400,00**	**902.400,00**	**2.707.200,00**
TOTAL GERAL	**73.175.794,05**	**73.175.794,05**	**73.175.794,05**	**219.527.382,16**

A validade mínima da proposta é de 120 (cento e vinte) dias contados a partir da data da abertura de seu envelope pela Comissão Interna de Contratos de Gestão em Serviços de Saúde - CICGSS/GAB/SES-GO.

Benedito Zumiro Ladeira Jendiroba
Diretor Financeiro
Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus

Marco Antônio Guimarães de Almeida
Diretor Presidente
Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus

Este documento foi assinado digitalmente por Marco Antonio Guimaraes De Almeida e Benedito Zulmiro Ladeira Jendiroba.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://vertsign.portaldeassinaturas.com.br:443 e utilize o código 1019-4229-41B9-0692.

Este documento foi assinado digitalmente por Marco Antonio Guimaraes De Almeida e Benedito Zulmiro Ladeira Jendiroba.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://vertsign.portaldeassinaturas.com.br:443 e utilize o código 1019-4229-41B9-0692.

PROTOCOLO DE ASSINATURA(S)

O documento acima foi proposto para assinatura digital na plataforma Portal Vertsign. Para verificar as assinaturas clique no link: https://vertsign.portaldeassinaturas.com.br/Verificar/1019-4229-41B9-0692 ou vá até o site https://vertsign.portaldeassinaturas.com.br:443 e utilize o código abaixo para verificar se este documento é válido.

Código para verificação: 1019-4229-41B9-0692

Hash do Documento

98F31A7B0A74225FBD9BF8A81CEE9ACA23873C7C1B0F124A097D3FFD3AA44FB4

O(s) nome(s) indicado(s) para assinatura, bem como seu(s) status em 25/09/2023 é(são) :

- Marco Antonio Guimaraes De Almeida (DIRETOR PRESIDENTE) - ***.399.966-** em 25/09/2023 12:37 UTC-03:00
  Tipo: Certificado Digital
- Benedito Zulmiro Ladeira Jendiroba (DIRETOR FINANCEIRO) - ***.429.297-** em 25/09/2023 12:17 UTC-03:00
  Tipo: Certificado Digital

Recursos Humanos PJ - Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado - HERSO					
Cargo	**Setor**	**Quantidade Dia**	**Plantões Mês**	**Salário base**	**Total Salários**
Diretor Geral	Gestão	1	-	26.400,00	**26.400,00**
Diretor Técnico	Gestão	1	-	18.000,00	**18.000,00**
Coordenação	Gestão	4	-	12.000,00	**48.000,00**
Itensivista - Dia de Semana - Dia	UTI 1	2	43	1.872,00	**80.496,00**
Itensivista - Dia de Semana - Noite	UTI 1	2	43	1.872,00	**80.496,00**
Itensivista - Fim de Semana - Dia	UTI 1	2	17	1.872,00	**32.198,40**
Itensivista - Fim de Semana - Noite	UTI 1	2	17	1.872,00	**32.198,40**
Itensivista - Rotina	Pronto Atendimento	2	-	12.000,00	**24.000,00**
Itensivista - Dia de Semana - Dia	Pronto Atendimento	1	22	1.872,00	**40.248,00**
Itensivista - Dia de Semana - Noite	Pronto Atendimento	1	22	1.872,00	**40.248,00**
Itensivista - Fim de Semana - Dia	Pronto Atendimento	1	9	1.872,00	**16.099,20**
Itensivista - Fim de Semana - Noite	Pronto Atendimento	1	9	1.872,00	**16.099,20**
Clínico - Dia de Semana - Dia	Enfermaria	3	65	936,00	**60.372,00**
Clínico - Fim de Semana - Dia	Enfermaria	3	26	936,00	**24.148,80**
Cirurgião Geral - Dia de Semana - Dia	Centro Cirúrgico	2	43	1.872,00	**80.496,00**
Cirurgião Geral - Dia de Semana - Noite	Centro Cirúrgico	2	43	1.872,00	**80.496,00**
Cirurgião Geral - Fim de Semana - Dia	Centro Cirúrgico	2	17	1.872,00	**32.198,40**
Cirurgião Geral - Fim de Semana - Noite	Centro Cirúrgico	2	17	1.872,00	**32.198,40**
Ortopedista - Dia de Semana - Dia	Centro Cirúrgico	2	43	1.872,00	**80.496,00**
Ortopedista - Dia de Semana - Noite	Centro Cirúrgico	2	43	1.872,00	**80.496,00**
Ortopedista - Fim de Semana - Dia	Centro Cirúrgico	2	17	1.872,00	**32.198,40**
Ortopedista - Fim de Semana - Noite	Centro Cirúrgico	2	17	1.872,00	**32.198,40**
Cirurgião Vascular - Fim de Semana - Noite	Centro Cirúrgico	1	22	1.872,00	**40.248,00**
Cirurgião Vascular - Fim de Semana - Noite	Centro Cirúrgico	1	22	1.872,00	**40.248,00**
Cirurgião Vascular - Fim de Semana - Noite	Centro Cirúrgico	1	9	1.872,00	**16.099,20**
Cirurgião Vascular - Fim de Semana - Noite	Centro Cirúrgico	1	9	1.872,00	**16.099,20**
Neurocirurgião - Fim de Semana - Noite	Centro Cirúrgico	1	22	3.000,00	**64.500,00**
Neurocirurgião - Fim de Semana - Noite	Centro Cirúrgico	1	22	3.000,00	**64.500,00**
Neurocirurgião - Fim de Semana - Noite	Centro Cirúrgico	1	9	3.000,00	**25.800,00**
Neurocirurgião - Fim de Semana - Noite	Centro Cirúrgico	1	9	3.000,00	**25.800,00**
Anestesista - Dia de Semana - Dia	Centro Cirúrgico	4	86	1.872,00	**160.992,00**
Anestesista - Dia de Semana - Noite	Centro Cirúrgico	2	43	1.872,00	**80.496,00**
Anestesista - Fim de Semana - Dia	Centro Cirúrgico	2	17	1.872,00	**32.198,40**
Anestesista - Fim de Semana - Noite	Centro Cirúrgico	2	17	1.872,00	**32.198,40**
Cardiologista	Staff Especialidades	1	-	12.000,00	**12.000,00**
Endoscopista	Staff Especialidades	2	-	12.000,00	**24.000,00**
Ultrassonografista	Staff Especialidades	2	-	12.000,00	**24.000,00**
Infectologista	Staff Especialidades	1	-	12.000,00	**12.000,00**
Neurologista	Staff Especialidades	3	-	12.000,00	**36.000,00**
Hematologista	Staff Especialidades	1	-	12.000,00	**12.000,00**
Nefrologista	Staff Especialidades	1	-	12.000,00	**12.000,00**
Urologista	Staff Especialidades	1	-	12.000,00	**12.000,00**
Gastrologista	Staff Especialidades	1	-	12.000,00	**12.000,00**
Bucomaxilo	Staff Especialidades	1	-	12.000,00	**12.000,00**
Pneumologista	Staff Especialidades	1	-	12.000,00	**12.000,00**
Clínico - Dia de Semana - Dia	Ambulatório	3	65	1.872,00	**120.744,00**
TOTAL		**78**			**1.889.704,80**

A validade mínima da proposta é de 120 (cento e vinte) dias contados a partir da data da abertura de seu envelope pela Comissão Interna de Contratos de Gestão em Serviços de Saúde - CICGSS/GAB/SES-GO.

Benedito Zumiro Ladeira Jendiroba
Diretor Financeiro
Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus

Marco Antônio Guimarães de Almeida
Diretor Presidente
Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus

Este documento foi assinado digitalmente por Marco Antonio Guimaraes De Almeida e Benedito Zulmiro Ladeira Jendiroba.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://vertsign.portaldeassinaturas.com.br:443 e utilize o código E424-529B-4086-B0D7.

Este documento foi assinado digitalmente por Marco Antonio Guimaraes De Almeida e Benedito Zulmiro Ladeira Jendiroba.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://vertsign.portaldeassinaturas.com.br:443 e utilize o código E424-529B-4086-B0D7.

Recursos Humanos CLT - Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado - HERSO

Cargo	Quantidade	Salário base	Dissídio	Gratificação	Assiduidade	Insalubridade	Adicional Noturno	Total Salários	Férias, 13° Salário e Encargos	Total Férias, 13° Salário e Encargos	Verbas Rescisórias	Total Verbas Rescisórias	Vale Transporte	Auxilio Creche	Auxilio Alimentação	Total Benefícios
Aprendiz em ocupações administrativas	10	1.000,00	80,00	-	264,00	-	-	**13.440,00**	316,94	**3.169,42**	263,33	**2.633,27**	107,20	-	-	**1.072,00**
Assistente Administrativo	3	1.650,00	132,00	-	264,00	-	-	**6.138,00**	482,49	**1.447,46**	400,87	**1.202,60**	65,08	-	-	**195,24**
Assistente Administrativo Sênior	3	2.100,00	168,00	-	264,00	-	-	**7.596,00**	597,10	**1.791,29**	496,09	**1.488,27**	35,92	-	-	**107,76**
Assistente de Almoxarifado	1	1.650,00	132,00	-	264,00	-	-	**2.046,00**	482,49	**482,49**	400,87	**400,87**	65,08	-	-	**65,08**
Assistente de Almoxarifado Sênior	1	2.100,00	168,00	-	264,00	-	-	**2.532,00**	597,10	**597,10**	496,09	**496,09**	35,92	-	-	**35,92**
Assistente de Faturamento	2	1.650,00	132,00	-	264,00	-	-	**4.092,00**	482,49	**964,98**	400,87	**801,74**	65,08	-	-	**130,16**
Assistente de Faturamento Sênior	1	2.100,00	168,00	-	264,00	-	-	**2.532,00**	597,10	**597,10**	496,09	**496,09**	35,92	-	-	**35,92**
Assistente de Recursos Humanos	1	1.650,00	132,00	-	264,00	-	-	**2.046,00**	482,49	**482,49**	400,87	**400,87**	65,08	-	-	**65,08**
Assistente de Recursos Humanos Sênior	1	2.100,00	168,00	-	264,00	-	-	**2.532,00**	597,10	**597,10**	496,09	**496,09**	35,92	-	-	**35,92**
Assistente Social	1	2.800,00	224,00	-	264,00	-	-	**3.288,00**	775,38	**775,38**	644,21	**644,21**	-	-	-	**-**
Assistente Social RT	1	3.800,00	304,00	-	264,00	-	-	**4.368,00**	1.030,06	**1.030,06**	855,81	**855,81**	-	-	-	**-**
Auxiliar Administrativo - Dia	2	1.550,00	124,00	-	264,00	-	-	**3.876,00**	457,02	**914,04**	379,71	**759,42**	28,56	-	-	**57,12**
Auxiliar Administrativo - Diarista	4	1.550,00	124,00	-	264,00	-	-	**7.752,00**	457,02	**1.828,08**	379,71	**1.518,83**	71,56	-	-	**286,24**
Auxiliar Administrativo - Diarista - Gratificação	1	1.550,00	124,00	167,40	264,00	-	-	**2.105,40**	496,50	**496,50**	412,51	**412,51**	71,56	-	-	**71,56**
Auxiliar Administrativo - Noite	2	1.550,00	124,00	-	264,00	-	488,25	**4.852,50**	572,16	**1.144,32**	475,37	**950,74**	28,56	-	-	**57,12**
Auxiliar de Faturamento	1	1.550,00	124,00	-	264,00	-	-	**1.938,00**	457,02	**457,02**	379,71	**379,71**	71,56	-	-	**71,56**
Auxiliar de Recursos Humanos	1	1.550,00	124,00	-	264,00	-	-	**1.938,00**	457,02	**457,02**	379,71	**379,71**	71,56	-	-	**71,56**
Bioquímico RT	1	5.700,00	456,00	-	264,00	264,00	-	**6.684,00**	1.576,22	**1.576,22**	1.309,58	**1.309,58**	-	-	-	**-**
Cirurgião Dentista Clínico Geral	2	4.000,00	320,00	-	264,00	264,00	-	**9.696,00**	1.143,26	**2.286,51**	949,86	**1.899,71**	-	-	-	**-**
Coordenador Administrativo - Hospital	1	7.000,00	560,00	-	264,00	-	-	**7.824,00**	1.845,06	**1.845,06**	1.532,94	**1.532,94**	-	-	-	**-**
Coordenador de Serviços	1	6.175,00	494,00	-	264,00	-	-	**6.933,00**	1.634,94	**1.634,94**	1.358,37	**1.358,37**	-	-	-	**-**
Coordenador dos Serviços de Enfermagem	1	6.175,00	370,50	-	264,00	264,00	-	**7.073,50**	1.668,07	**1.668,07**	1.385,89	**1.385,89**	-	660,00	-	**660,00**
Diretor Administrativo	1	13.000,00	1.040,00	-	264,00	-	-	**14.304,00**	3.373,17	**3.373,17**	2.802,55	**2.802,55**	-	-	-	**-**
Enfermeiro - Diaa	14	3.600,00	216,00	-	264,00	264,00	-	**60.816,00**	1.024,40	**14.341,63**	851,11	**11.915,54**	-	660,00	-	**9.240,00**
Enfermeiro - Diaa - Gratificação	4	3.600,00	216,00	381,60	264,00	264,00	-	**18.902,40**	1.114,39	**4.457,56**	925,88	**3.703,50**	-	660,00	-	**2.640,00**
Enfermeiro - Diarista	1	3.600,00	216,00	-	264,00	264,00	-	**4.344,00**	1.024,40	**1.024,40**	851,11	**851,11**	-	660,00	-	**660,00**
Enfermeiro - Noite	12	3.600,00	216,00	-	264,00	264,00	1.113,00	**65.484,00**	1.286,87	**15.442,44**	1.069,18	**12.830,13**	-	660,00	-	**7.920,00**
Enfermeiro - Noite - Gratificação	4	3.600,00	216,00	381,60	264,00	264,00	1.113,00	**23.354,40**	1.376,86	**5.507,43**	1.143,94	**4.575,77**	-	660,00	-	**2.640,00**
Enfermeiro Educação Continuada	1	4.500,00	270,00	-	264,00	264,00	-	**5.298,00**	1.249,37	**1.249,37**	1.038,02	**1.038,02**	-	660,00	-	**660,00**
Enfermeiro Rotina	5	5.700,00	342,00	-	264,00	264,00	-	**32.850,00**	1.549,34	**7.746,69**	1.287,24	**6.436,22**	-	660,00	-	**3.300,00**
Enfermeiro Rotina - Gratificação	3	5.700,00	342,00	604,20	264,00	264,00	-	**21.522,60**	1.691,82	**5.075,46**	1.405,62	**4.216,87**	-	660,00	-	**1.980,00**
Enfermeiro RT	1	7.000,00	420,00	-	264,00	264,00	-	**7.948,00**	1.874,30	**1.874,30**	1.557,23	**1.557,23**	-	660,00	-	**660,00**
Enfermeiro SCIH - Gratificação	1	4.500,00	270,00	477,00	264,00	264,00	-	**5.775,00**	1.361,86	**1.361,86**	1.131,48	**1.131,48**	-	660,00	-	**660,00**
Farmacêutico - Dia	2	5.000,00	350,00	-	264,00	264,00	-	**11.756,00**	1.386,15	**2.772,30**	1.151,66	**2.303,33**	-	660,00	-	**1.320,00**
Farmacêutico - Diarista	1	5.000,00	350,00	-	264,00	264,00	-	**5.878,00**	1.386,15	**1.386,15**	1.151,66	**1.151,66**	-	660,00	-	**660,00**
Farmacêutico - Noite	2	5.000,00	350,00	-	264,00	264,00	1.560,42	**14.876,83**	1.754,13	**3.508,25**	1.457,39	**2.914,78**	-	660,00	-	**1.320,00**
Farmacêutico RT	1	6.200,00	434,00	-	264,00	264,00	-	**7.162,00**	1.688,94	**1.688,94**	1.403,23	**1.403,23**	-	660,00	-	**660,00**
Fisioterapeuta - Dia	9	3.000,00	240,00	-	264,00	264,00	-	**33.912,00**	888,57	**7.997,13**	738,26	**6.644,30**	-	660,00	-	**5.940,00**
Fisioterapeuta - Dia - Gratificação	6	3.000,00	240,00	100,40	264,00	264,00	-	**23.210,40**	912,25	**5.473,48**	757,93	**4.547,56**	-	660,00	-	**3.960,00**
Fisioterapeuta - Noite	6	3.000,00	240,00	-	264,00	264,00	945,00	**28.278,00**	1.111,42	**6.668,52**	923,41	**5.540,44**	-	660,00	-	**3.960,00**
Fisioterapeuta RT - Gratificação	1	4.200,00	336,00	100,40	264,00	264,00	-	**5.164,40**	1.217,87	**1.217,87**	1.011,85	**1.011,85**	-	660,00	-	**660,00**
Fonoaudiólogo RT	1	4.500,00	360,00	-	264,00	264,00	-	**5.388,00**	1.270,60	**1.270,60**	1.055,66	**1.055,66**	-	-	-	**-**
Instrumentador cirúrgico - Dia	4	2.500,00	200,00	-	264,00	264,00	787,50	**16.062,00**	946,94	**3.787,74**	786,75	**3.146,99**	-	-	-	**-**
Instrumentador cirúrgico - Dia - Gratificação	6	2.500,00	200,00	270,00	264,00	264,00	-	**20.988,00**	824,90	**4.949,39**	685,35	**4.112,13**	-	-	-	**-**
Motorista - Gratificação	1	2.000,00	240,00	19,00	264,00	-	-	**2.523,00**	594,97	**594,97**	494,33	**494,33**	37,60	-	265,00	**302,60**
Nutricionista - Gratificação	1	4.200,00	294,00	1.000,00	264,00	264,00	-	**6.022,00**	1.420,11	**1.420,11**	1.179,88	**1.179,88**	-	660,00	-	**660,00**
Nutricionista RT - Gratificação	1	4.900,00	343,00	132,00	264,00	264,00	-	**5.903,00**	1.392,05	**1.392,05**	1.156,56	**1.156,56**	-	660,00	-	**660,00**
Porteiro - Dia	6	1.450,00	116,00	-	264,00	-	-	**10.980,00**	431,55	**2.589,30**	358,55	**2.151,29**	35,04	-	-	**210,24**
Porteiro - Noite	4	1.450,00	116,00	-	264,00	-	456,75	**9.147,00**	539,26	**2.157,05**	448,04	**1.792,15**	35,04	-	-	**140,16**

Este documento foi assinado digitalmente por Marco Antonio Guimaraes De Almeida e Benedito Zulmiro Ladeira Jendiroba.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://vertsign.portaldeassinaturas.com.br:443 e utilize o código E424-529B-4086-B0D7.

Recursos Humanos CLT - Hospital Estadual de Santa Helena de Goiás Dr. Albanir Faleiros Machado - HERSO

Cargo	Quantidade	Salário base	Dissídio	Gratificação	Assiduidade	Insalubridade	Adicional Noturno	Total Salários	Férias, 13° Salário e Encargos	Total Férias, 13° Salário e Encargos	Verbas Rescisórias	Total Verbas Rescisórias	Vale Transporte	Auxilio Creche	Auxilio Alimentação	Total Benefícios
Psicologo RT	1	4.800,00	384,00	-	264,00	264,00	-	**5.712,00**	1.347,00	**1.347,00**	1.119,14	**1.119,14**	-	-	-	**-**
Recepcionista - Dia	6	1.550,00	124,00	-	264,00	-	-	**11.628,00**	457,02	**2.742,11**	379,71	**2.278,25**	28,56	-	-	**171,36**
Recepcionista - Diarista	3	1.550,00	124,00	-	264,00	-	-	**5.814,00**	457,02	**1.371,06**	379,71	**1.139,12**	71,56	-	-	**214,68**
Recepcionista - Noite	4	1.550,00	124,00	-	264,00	-	488,25	**9.705,00**	572,16	**2.288,63**	475,37	**1.901,48**	28,56	-	-	**114,24**
Supervisor de Aplicações Técnicas do Raio-x	1	4.000,00	120,00	-	264,00	1.648,00	-	**6.032,00**	1.422,47	**1.422,47**	1.181,84	**1.181,84**	-	660,00	-	**660,00**
Supervisor de Recepção	1	4.300,00	344,00	-	264,00	-	-	**4.908,00**	1.157,40	**1.157,40**	961,61	**961,61**	-	-	-	**-**
Supervisor de TI	1	4.500,00	360,00	-	264,00	-	-	**5.124,00**	1.208,34	**1.208,34**	1.003,93	**1.003,93**	-	-	-	**-**
Supervisor dos Serviços de Fisioterapia - Gratificaçã	1	3.800,00	304,00	100,40	264,00	264,00	-	**4.732,40**	1.115,99	**1.115,99**	927,21	**927,21**	-	660,00	-	**660,00**
Técnico de Apoio ao Usuário TI - Diarista	3	2.400,00	192,00	-	264,00	-	-	**8.568,00**	673,50	**2.020,51**	559,57	**1.678,71**	5,49	-	-	**16,48**
Técnico de Apoio ao Usuário TI - Noite	2	2.400,00	192,00	-	264,00	-	756,00	**7.224,00**	851,78	**1.703,56**	707,69	**1.415,38**	-	-	-	**-**
Técnico de Enfermagem - Dia	76	2.300,00	184,00	-	264,00	264,00	-	**228.912,00**	710,29	**53.982,03**	590,13	**44.850,19**	-	-	-	**-**
Técnico de Enfermagem - Dia - Gratificação	14	2.300,00	184,00	248,40	264,00	264,00	-	**45.645,60**	768,87	**10.764,15**	638,80	**8.943,23**	-	-	-	**-**
Técnico de Enfermagem - Diarista	5	2.300,00	184,00	-	264,00	264,00	-	**15.060,00**	710,29	**3.551,45**	590,13	**2.950,67**	22,96	-	-	**114,80**
Técnico de Enfermagem - Noite	46	2.300,00	184,00	-	264,00	264,00	724,50	**171.879,00**	881,14	**40.532,51**	732,08	**33.675,85**	-	-	-	**-**
Técnico de Enfermagem - Noite - Gratificação	30	2.300,00	184,00	248,40	264,00	264,00	724,50	**119.547,00**	939,72	**28.191,57**	780,75	**23.422,56**	-	-	-	**-**
Técnico de Farmácia - Dia	10	1.800,00	144,00	-	264,00	-	-	**22.080,00**	520,69	**5.206,91**	432,61	**4.326,08**	12,36	-	-	**123,60**
Técnico de Farmácia - Diarista	1	1.800,00	144,00	-	264,00	-	-	**2.208,00**	520,69	**520,69**	432,61	**432,61**	55,36	-	-	**55,36**
Técnico de Farmácia - Noite	4	1.800,00	144,00	-	264,00	-	567,00	**11.100,00**	654,40	**2.617,60**	543,70	**2.174,80**	12,36	-	-	**49,44**
Técnico em Patologia Clínica - Dia	2	2.350,00	188,00	-	264,00	264,00	-	**6.132,00**	723,02	**1.446,05**	600,71	**1.201,43**	-	-	-	**-**
Técnico em Patologia Clínica - Noite	2	2.350,00	188,00	-	264,00	264,00	740,25	**7.612,50**	897,59	**1.795,18**	745,75	**1.491,50**	-	-	-	**-**
Técnico em Radiologia - Dia	12	2.500,00	75,00	-	264,00	1.030,00	-	**46.428,00**	912,39	**10.948,65**	758,04	**9.096,53**	17,50	660,00	-	**8.130,00**
Técnico em Radiologia - Noite	9	2.500,00	75,00	-	264,00	1.030,00	751,04	**41.580,38**	1.089,50	**9.805,48**	905,19	**8.146,74**	17,50	660,00	-	**6.097,50**
Técnico em Segurança do Trabalho	2	2.900,00	232,00	-	264,00	-	-	**6.792,00**	800,84	**1.601,69**	665,37	**1.330,74**	-	-	-	**-**
Terapia ocupacional - Gratificação	1	3.000,00	240,00	132,00	264,00	264,00	-	**3.900,00**	919,70	**919,70**	764,12	**764,12**	-	660,00	-	**660,00**
	378							**1.377.455,31**		**324.831,51**		**269.881,56**				**70.898,70**

A validade mínima da proposta é de 120 (cento e vinte) dias contados a partir da data da abertura de seu envelope pela Comissão Interna de Contratos de Gestão em Serviços de Saúde - CICGSS/GAB/SES-GO.

Benedito Zumiro Ladeira Jendiroba
Diretor Financeiro
Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus

Marco Antônio Guimarães de Almeida
Diretor Presidente
Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus

Este documento foi assinado digitalmente por Marco Antonio Guimaraes De Almeida e Benedito Zulmiro Ladeira Jendiroba.
Para verificar as assinaturas vá ao site https://vertsign.portaldeassinaturas.com.br:443 e utilize o código E424-529B-4086-B0D7.

PROTOCOLO DE ASSINATURA(S)

O documento acima foi proposto para assinatura digital na plataforma Portal Vertsign. Para verificar as assinaturas clique no link: https://vertsign.portaldeassinaturas.com.br/Verificar/E424-529B-4086-B0D7 ou vá até o site https://vertsign.portaldeassinaturas.com.br:443 e utilize o código abaixo para verificar se este documento é válido.

Código para verificação: E424-529B-4086-B0D7

Hash do Documento

CC5A734DF320030347E7D22214E06A52003F1897E32C210AFB5A6B15D13F6A90

O(s) nome(s) indicado(s) para assinatura, bem como seu(s) status em 25/09/2023 é(são) :

- Marco Antonio Guimaraes De Almeida (DIRETOR PRESIDENTE) - ***.399.966-** em 25/09/2023 12:37 UTC-03:00
  Tipo: Certificado Digital
- Benedito Zulmiro Ladeira Jendiroba (DIRETOR FINANCEIRO) - ***.429.297-** em 25/09/2023 12:17 UTC-03:00
  Tipo: Certificado Digital

REUNIÃO DO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO DO HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DEJESUS

EDITAL DE CONVOCAÇÃO

O Dr. José Mariano Soares de Moraes, Presidente do Conselho de Administração do Hospital e Maternidade Therezinha deJesus, no uso das atribuições que lhe confere a cláusula 32 do Estatuto Social, **convoca os membros do Conselho deAdministração do Hospital e Maternidade Therezinha deJesus HMTJ**, para reunião que será realizada em sua sede social, na Rua Dr. Dirceu de Andrade, nº 33, São Mateus, Juiz de Fora - MG, no dia 31 de agosto de 2024 às 10:00 para primeira convocação e às 10:30 para segunda convocação, para deliberar sobre o seguinte tema:

(1) **Aprovação da proposta do termo de colaboração, plano (proposta) de trabalho, habilitação técnica e** custeio operacional **(proposta financeira) para CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 04/2023-SES/GO, PROCESSO: 202300010023436, que tem por objeto a seleção de entidade para o 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 - HERSO, localizado na Av. Uirapuru, s/n - Parque Res. Isaura, Santa Helena de Goiás - GO, 75920-000 , no Estado de Goiás**

Juiz de Fora, 24 de agosto de 2023.

Dr. Jose Mariano Soares de Moraes
Presidente do Conselho de Administração

HMTJ
HOSPITAL E MATERNIDADE
THEREZINHA DE JESUS

ATA DE REUNIÃO DO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO DO HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS REALIZADA EM 31 DE AGOSTO DE 2023

No dia 31 de agosto de dois mil e vinte e três (31/08/2023), às 10h30m (dez horas e 30 minutos), em segunda convocação, na sua sede social na Rua Dr. Dirceu de Andrade nº 33, São Mateus, Juiz de Fora, MG, contando com os membros que assinaram lista de presença, reuniram-se os membros do Conselho de Administração do Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus (CNPJ 21.583.042/0001-72), sob presidência do Dr. José Mariano Soares de Moraes. Abertos os trabalhos o senhor presidente indicou o Dr. Benedito Zulmiro Ladeira Jendiroba, para secretariá-lo. O senhor presidente informou que a reunião foi regularmente convocada por publicação de edital afixado em quadro de aviso na sede da entidade nos termos do Estatuto da entidade, para tratar da seguinte ordem do dia: **(1) Aprovação da proposta do termo de colaboração, plano (proposta) de trabalho, habilitação técnica e** custeio operacional **(proposta financeira) para CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 04/2023-SES/GO, PROCESSO: 202300010023436, que tem por objeto a seleção de entidade para o 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 - HERSO, localizado na Av. Uirapuru, s/n - Parque Res. Isaura, Santa Helena de Goiás - GO, 75920-000 , no Estado de Goiás, bem como a promoção de todas as atividades constantes do Plano de Trabalho e seus anexos.**
Seguindo a ordem do dia, o Dr. José Mariano Soares de Moraes efetuou a leitura do Edital de **CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 04/2023-SES/GO, PROCESSO: 202300010023436** da Secretaria de Saúde do Estado de Goiás, incluindo seus anexos, e, após debates, e explicação a respeito da unidade HERSO e do termo de colaboração a ser firmado com o Estado de Goiás para gestão da unidade de saúde pelo Dr. Benedito Zulmiro Ladeira Jendiroba, foi colocada em votação e **aprovado por unanimidade pelos presentes a proposta do termo de colaboração, plano (proposta) de trabalho, habilitação técnica e** custeio operacional **(proposta financeira) para CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 04/2023-SES/GO, PROCESSO: 202300010023436, que tem por objeto a seleção de entidade para o 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 - HERSO, localizado na Av. Uirapuru, s/n - Parque Res. Isaura, Santa Helena de Goiás - GO, 75920-000 , no Estado de Goiás, bem como a promoção de todas as atividades constantes do Plano de Trabalho e seus anexos.**
Nada mais havendo a tratar, o Presidente agradeceu a presença de todos e deu por encerrada a reunião, lavrando-se a presente ata que, lida, foi aprovada e vai assinada pelo Presidente e pelo secretário.

(a) Dr. José Mariano Soares de Moraes, presidente_____

(b) Dr. Benedito Zulmiro Ladeira Jendiroba, secretário_____

HOSPITAL E MATERNIDADE
THEREZINHA DE JESUS
CNPJ 21.583.042/0001-72
Rua Dr. Dirceu de Andrade, 33
São Mateus - 36025-330 - J. Fora - MG

LISTA DE PRESENÇA

REUNIÃO DO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO do Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus, **realizada no dia 27 DE JUNHO DE 2023,** na Rua Dr. Dirceu de Andrade nº 33, na cidade de Juiz de Fora/MG.

NOME	ASSINATURA
AMAURY TEIXEIRA LEITE DE ANDRADE	
BENEDITO ZULMIRO LADEIRA JENDIROBA	
BRUNO DE MAGALHÃES BARBOSA LEITE	
JORGE MONTESSI	
JOSÉ MARIANO SOARES DE MORAES	
MARCIO GOMIDE PINTO	
NEWTON FERREIRA DE OLIVEIRA	
ROGÉRIO ALVES DE ANDRADE	

HOSPITAL E MATERNIDADE
THEREZINHA DE JESUS
CNPJ 21.583.042/0001-72
Rua Dr. Dirceu de Andrade, 33
São Mateus - 36025-330 - J. Fora - MG

DECLARAÇÃO DE VERACIDADE

Dr. Jose Mariano Soares de Moraes, brasileiro, casado, médico, inscrito no Conselho Regional de Medicina do Estado de Minas Gerais CRM-MG sob o nº 12231 e devidamente inscrito no Cadastro de Pessoas Físicas do Ministério da Fazenda sob o nº 209.721.726-53, com endereço profissional na Rua Dr. Dirceu de Andrade, 33, São Mateus, Juiz de Fora / MG, CEP: 36025-140, Presidente do Conselho de Administração do Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus (CNPJ 21.583.042/0001-72) e o **Dr. Iomar Pinheiro Cangussu**, brasileiro, casado, médico inscrito no Conselho Regional de Medicina do Estado de Minas Gerais CRM-MG sob o nº 10381CPF de nº 282.239.426-15, com endereço profissional na Rua Dr. Dirceu de Andrade, 33, São Mateus, Juiz de Fora / MG, CEP: 36025-140, Secretário da Reunião do Conselho de Administração do Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus ocorrida no dia 31 de agosto de 2023, onde foi aprovada **a proposta do termo de colaboração, plano (proposta) de trabalho, habilitação técnica e** custeio operacional **(proposta financeira) para CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 04/2023-SES/GO, PROCESSO: 202300010023436, que tem por objeto a seleção de entidade para o 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 - HERSO, localizado na Av. Uirapuru, s/n - Parque Res. Isaura, Santa Helena de Goiás - GO, 75920-000 , no Estado de Goiás, DECLARAM**, sob as penas da lei, e em atendimento ao art. 36 parágrafo único do Estatuto Social da entidade, que são verdadeiras e condizentes com a realidade as informações registradas na ata e refletem o que foi debatido em reunião.

Juiz de Fora, 31 de agosto de 2023.

Dr. Jose Mariano Soares de Moraes
CRM-MG 12231
CPF 209.721.726-53

HOSPITAL E MATERNIDADE
THEREZINHA DE JESUS
CNPJ 21.583.042/0001-72
Rua Dr. Dirceu de Andrade, 33
São Mateus - 36025-330 - J. Fora - MG

Dr. Benedito Zulmiro Ladeira Jendiroba
Identidade: MG- 6649396
CPF: 261.429.297-4

PODER JUDICIÁRIO - TJMG - CORREGEDORIA GERAL DE JUSTIÇA
2º OFÍCIO DE NOTAS DE MATIAS BARBOSA
Reconheço, por autenticidade, a(s) assinatura(s) de JOSE MARIANO SOARES DE MORAES, BENEDITO ZULMIRO LADEIRA JENDIROBA em testemunho da verdade.
Matias Barbosa/MG, 22/09/2023.
SELO CONSULTA: HBG65462
CÓDIGO SEGURANÇA: 2478777291567377
Quantidade de atos praticados: 2
Ato(s) praticado(s) por: Luana Jardim Soares - Escrevente
Emol.: R$ 14,88 - TFJ: R$ 4,62 - Valor final: R$ 20,20 - ISS: R$ 0,70
Consulte a validade deste selo no site https://selos.tjmg.jus.br
Nº DA ETIQUETA ACP19100

ATA DE REUNIÃO DA DIRETORIA EXECUTIVA DO HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS REALIZADA EM 30 DE AGOSTO DE 2023

No dia 30 de agosto de dois mil e vinte e três (30/08/2023), às 9h, reuniram-se os membros da Diretoria Executiva do Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus (CNPJ 21.583.042/0001-72), sob a presidência do Diretor Financeiro Dr. Benedito Z. L. Jendiroba, para debate e a**provação da proposta do termo de colaboração, plano (proposta) de trabalho, habilitação técnica e** custeio operacional **(proposta financeira) para CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 04/2023-SES/GO, PROCESSO: 202300010023436, que tem por objeto a seleção de entidade para o 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 - HERSO, localizado na Av. Uirapuru, s/n - Parque Res. Isaura, Santa Helena de Goiás - GO, 75920-000 , no Estado de Goiás, bem como a promoção de todas as atividades constantes do Plano de Trabalho e seus anexos.**

Após leitura do edital e explicação dos principais itens pelo Dr. Benedito Z. L. Jendiroba, os membros da Diretoria Executiva fizeram perguntas a respeito da nova unidade e o custeio operacional para gestão, o que foi esclarecido pelo Dr. Benedito Z. L. Jendiroba.

Em seguida o Dr. Benedito Z. L. Jendiroba apresentou o plano (proposta) de trabalho assim como o custeio operacional elaborado pelo Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus a ser apresentado no certame.

Após debates, foi colocada em votação e **aprovado por unanimidade pelos** membros da Diretoria Executiva **o** plano (proposta) de trabalho e o custeio operacional elaborado pelo Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus, **foi aprovada também a proposta de termo de colaboração para o 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 - HERSO, localizado na Av. Uirapuru, s/n - Parque Res. Isaura, Santa Helena de Goiás - GO, 75920-000 , no Estado de Goiás, bem como a promoção de todas as atividades constantes do Plano de Trabalho e seus anexos , no Estado de Goiás, bem como a promoção de todas as atividades constantes do Plano de Trabalho e seus anexos.**

Nada mais havendo a tratar, o Presidente agradeceu a presença de todos e deu por encerrada a reunião, lavrando-se a presente ata que, lida, foi aprovada e vai assinada por todos.

Benedito Z. L. Jendiroba

Marco Antônio Guimaraes de Almeida

Igor Vitoi Cangussu

Victor Vitoi Cangussu